

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1916-1917. — N° 33

ÉTUDE CLINIQUE ET CRITIQUE
SUR
LES CAUSES ET LA NATURE
DE LA
PARALYSIE GÉNÉRALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Mai 1917

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel CHAUMIER

Né le 19 mai 1890, à Lyon (Rhône),

Ancien externe des Hôpitaux,

Médecin aide-major de 2^e classe aux Armées.

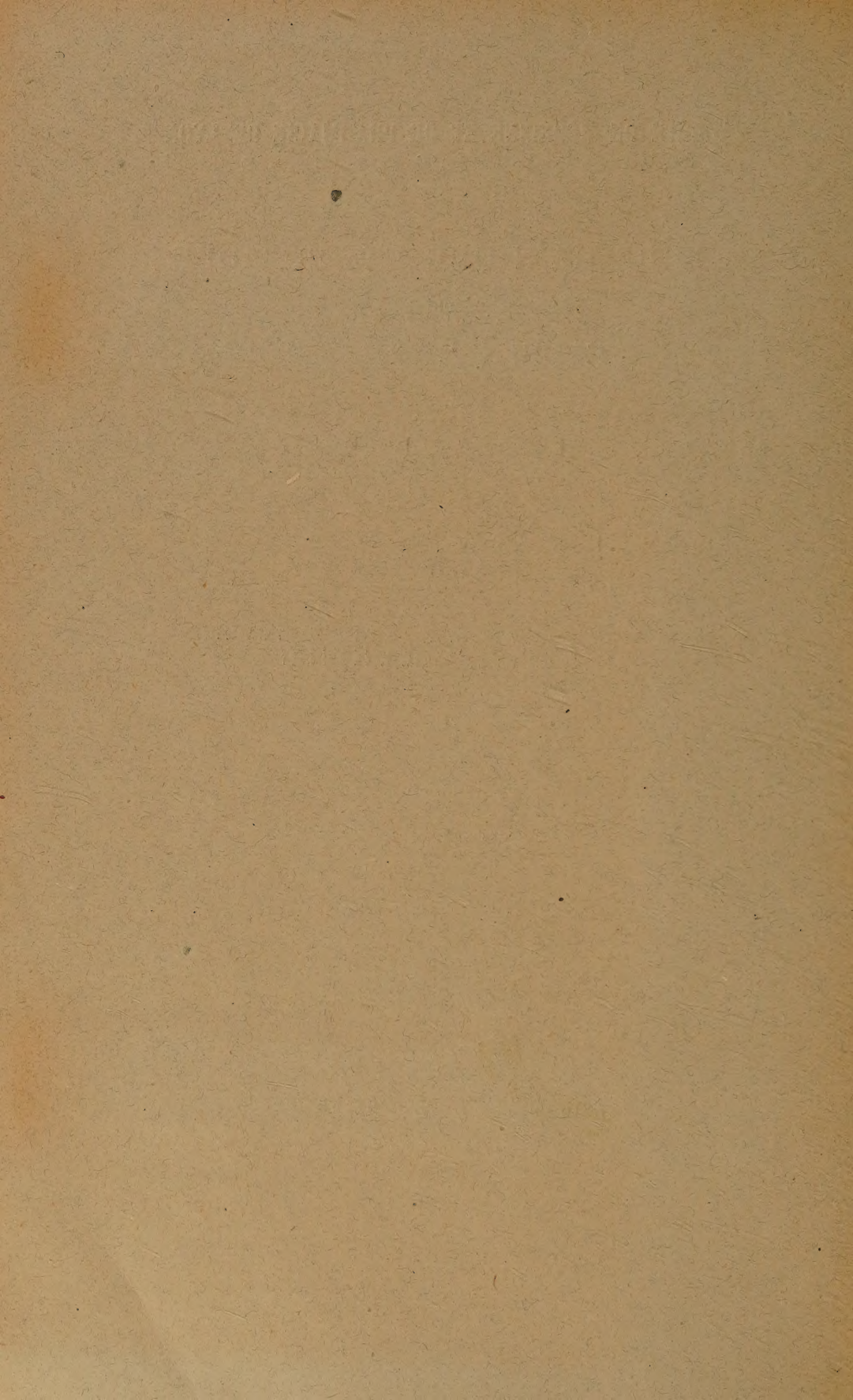


LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Mai 1917



ÉTUDE CLINIQUE ET CRITIQUE
SUR
LES CAUSES ET LA NATURE
DE LA
PARALYSIE GÉNÉRALE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
X... ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	(MM. TEISSIER ROQUE BARD TIXIER BERARD FABRE ROLLET NICOLAS LÉPINE (J.) WEILL POLLOSSON (A.) CLUZET HUGOUNENQ MOREL MOREAU GUIART TESTUT RENAUT MORAT COLLET LESIEUR PAVIOT POLLOSSON (M.) COURMONT (P.) ETIENNE MARTIN COURMONT (J.) PIC FLORENCE
Cliniques chirurgicales	
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies nerveuses et mentales	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies des femmes	
Physique médicale	
Chimie biologique	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutiques générales	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agréé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. J. LÉPINE, *Président*; NICOLAS, *Assesseur*;
MM. COLLET, *Professeur*, et ARLOING, *Agrégé*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1916-1917. — N° 33

ÉTUDE CLINIQUE ET CRITIQUE
SUR
LES CAUSES ET LA NATURE
DE LA
PARALYSIE GÉNÉRALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Mai 1917

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel CHAUMIER

Né le 19 mai 1890, à Lyon (Rhône),

Ancien externe des Hôpitaux,

Médecin aide-major de 2^e classe aux Armées.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Mai 1917

A LA MÉMOIRE
DE MES PARENTS ET AMIS

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A mon Président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN LÉPINE

Professeur des Maladies nerveuses et mentales

à l'Université de Lyon,

Médecin-Chef à l'Asile de Bron.

A MES MAÎTRES ET A MES AMIS

ÉTUDE CLINIQUE ET CRITIQUE
SUR
LES CAUSES ET LA NATURE
DE LA
PARALYSIE GÉNÉRALE

INTRODUCTION

L'extension toujours croissante de la paralysie générale et son pronostic funeste donnent à cette question une importance considérable, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique. Malgré les nombreuses études consacrées à cette redoutable affection, il est une foule de points primordiaux qui restent encore à élucider.

En tout cas, si l'on s'accorde sur l'ensemble clinique de la paralysie générale, sur son diagnostic et sur son pronostic, bien des divergences subsistent en ce qui concerne son étiologie et sa nature. Les nombreuses recherches tentées dans cette voie n'ont pas définitivement résolu le problème et l'entente est loin d'être faite sur la manière de l'envisager. Aussi ne nous a-t-il pas paru sans intérêt de le reprendre, en nous inspirant des nombreux travaux parus sur le même sujet

dans ces dernières années? Ceux-ci, du reste, ont déjà porté leurs fruits, en éveillant l'attention du médecin et du public sur les dangers de la syphilis et en provoquant des tentatives thérapeutiques, tout au moins louables, si elles n'ont pas encore été couronnées de succès.

Telles sont les raisons, qui nous ont encouragé à faire des causes et de la nature de la paralysie générale une étude clinique et critique.

Jusqu'ici la question est restée pendante entre les partisans du rôle exclusif de la syphilis dans la production de la paralysie générale, entre ceux professant une opinion intermédiaire qui, sans nier l'importance étiologique de ce facteur, contestent son influence absolue et ceux enfin qui considèrent la syphilis comme une cause banale de la démence paralytique. Nous n'avons pas la prétention d'établir l'harmonie entre les protagonistes d'idées si opposées, en apportant la solution d'un problème des plus complexes. Notre ambition est plus modeste et sera pleinement satisfaite si ce travail fournit une contribution, quelque faible qu'elle soit, à une étude déjà riche en documents et sur laquelle le dernier mot n'est pas encore dit, à moins que dans un avenir prochain les découvertes biologiques récentes ne reçoivent une entière confirmation.

Nous diviserons notre travail en quatre parties. Dans la première, après un historique sommaire, nous exposerons l'état actuel de nos connaissances dans la question qui nous occupe. La deuxième partie sera remplie par la statistique de 484 malades

observés dans le même milieu et par la relation d'un certain nombre des cas les plus intéressants. La troisième partie sera consacrée à l'examen des causes incriminées dans la paralysie générale. Dans un quatrième et dernier chapitre nous discuterons les faits rapportés, d'où nous tirerons des conclusions relatives à la nature et à la pathogénie de la paralysie générale.

Avant d'aborder notre sujet, il nous reste un devoir à remplir. Les circonstances actuelles ont voulu que nous présentions notre thèse de doctorat plus tôt que nous ne l'aurions désiré, mais nous ne considérons pas pour cela nos études comme terminées et nous espérons pouvoir profiter encore des leçons de nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux. Nous sommes heureux toutefois que cette occasion nous soit offerte de les remercier. Aux médecins et chirurgiens des hôpitaux, qui ont été nos chefs de service et auprès desquels nous avons toujours trouvé le meilleur accueil, MM. les professeurs PIC, NICOLAS, BÉRARD, VALLAS et VILLARD, MM. les professeurs agrégés CHATIN et DURAND, et M. le D^r LYONNET, médecin de l'Hôtel-Dieu, nous exprimons nos sentiments de profonde gratitude.

M. le professeur LÉPINE a bien voulu accepter la présidence de notre thèse et nous aider de conseils précieux. Nous avons ambitionné de devenir plus complètement son élève et d'achever dans son Service les études spéciales indispensables dans la carrière à laquelle nous nous destinons ; les événements actuels en ont décidé autrement. En conservant l'espérance de pouvoir réaliser un jour ce projet, nous le remer-

cions doublement de sa bienveillance et du grand honneur qu'il nous a fait.

La plupart des idées défendues dans cette thèse ont été inspirées par notre père, M. le D^r CHAUMIER, et presque toutes les observations, qui y sont rapportées, ont été recueillies par lui. Quelques-unes ont trait à des malades venant de l'armée chez lesquels, à l'occasion de la tourmente actuelle, s'est manifestée la maladie qui nous occupe, et qui sont hospitalisés dans l'établissement qu'il dirige. Nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer notre affectueuse reconnaissance pour tout le bien qu'il nous a fait et plus particulièrement pour la grande part qu'il a prise à ce travail, en mettant à notre disposition ses documents et sa longue expérience des maladies mentales. Sans son aide, dans les conditions d'isolement où nous nous trouvons, loin de tout centre scientifique, il nous eût été impossible de nous acquitter de cette tâche.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DE LA QUESTION

ÉTAT ACTUEL DE NOS CONNAISSANCES

I

La paralysie générale avait échappé complètement à l'observation des Anciens. Willis est signalé comme le premier auteur qui ait décrit quelques-uns de ses symptômes. On a essayé de démontrer aussi que, dès la fin du XVIII^e siècle, Perfect et Haslam, en signalant le délire ambitieux à l'état de complication dans la paralysie générale des aliénés, avaient entrevu l'existence de cette maladie.

En réalité, la découverte de la paralysie générale qui, d'après l'expression de Baillarger, réalise le plus grand progrès dans la connaissance des maladies mentales, date de moins de cent ans.

Esquirol, le premier, signale d'une manière générale l'extrême gravité des cas dans lesquels la paralysie complique la démence et la signification fâcheuse de l'embarras de la parole comme élément du pronostic. Ses élèves, Georget, sous le nom de paralysie musculaire chronique ; Delaye, sous celui de paralysie musculaire incomplète ; Calmeil enfin, sous la déno-

mination de paralysie considérée chez les aliénés, mirent la maladie vraiment en lumière, mais tous en firent une forme spéciale de paralysie venant s'ajouter à la folie, c'est-à-dire une complication d'une maladie mentale déjà existante.

C'est à Royer-Collard, médecin de Charenton, que revient l'honneur de la découverte de la paralysie générale. C'est lui qui l'entrevit sous son véritable aspect et confia ses idées à son interne Bayle.

Ce dernier, dans sa thèse inaugurale, *Recherches sur l'Arachnitis chronique*, considère la paralysie générale non comme une complication de la folie, mais comme une entité morbide. Il réunit les deux symptômes, démence et paralysie, séparés par ses devanciers, et montre le parallélisme des lésions de l'intelligence et du mouvement. Enfin, il insiste sur les caractères anatomo-pathologiques de la paralysie générale, et considère les adhérences existant entre les méninges et les circonvolutions comme pathognomoniques. Dès lors, la paralysie générale devient un état morbide spécial, et Bayle peut être considéré comme le premier qui ait dégagé et mis en évidence son individualité.

Dans les vingt années qui suivirent, les recherches se multiplièrent et, malgré les objections de certains opposants, firent triompher les idées de Bayle, c'est-à-dire le principe de l'essentialité de la paralysie générale.

Depuis, on s'est attaché à l'analyse clinique et à l'étude des lésions anatomiques ; on s'est efforcé d'en préciser la nature, le siège et l'évolution, sans se

préoccuper des questions de causalité. Ce n'est que dans ces dernières années qu'on aborde sur des données nouvelles le problème de l'étiologie et de la pathogénie de la paralysie générale dans laquelle on tend à voir de plus en plus une affection d'origine et de nature toxi-infectieuse.

II

« L'histoire des causes dans une maladie quelconque est beaucoup plus obscure qu'on ne l'imagine communément. » Ainsi s'exprimait Calmeil dans son ouvrage sur la *Paralysie considérée chez les aliénés*. Parole mémorable, que les faits ont pleinement justifiée : on a mis vingt années pour échafauder le tableau clinique de la paralysie générale, et, depuis près de soixante ans, on discute sans pouvoir s'entendre sur l'étiologie de la maladie. « On a trouvé, dit le professeur Pierret, que l'on pouvait bâtir des édifices moins vastes que l'ancien, mais mieux distribués et plus commodes, on a force dessins de lésions nerveuses tant macroscopiques que microscopiques, trouvées aux autopsies, et cependant le côté étiologique de la question n'est pas encore réellement élucidé ».

Esmarck et Jessen, en 1857, dans un article de la *Zeitschrift für Psychiatrie*, signalèrent les premiers la corrélation de la syphilis et de la paralysie. Ils eurent le tort de vouloir résoudre la question d'un seul coup et d'affirmer que la paralysie générale est une maladie spécifique. Quoi qu'il en soit

l'impulsion était donnée et la question se posa ainsi : La démence paralytique est-elle toujours d'origine syphilitique ? Et à ce sujet, s'éleva dans toute l'Allemagne une vive discussion, qui est à peine apaisée aujourd'hui.

Le cadre restreint de ce travail ne nous permet pas de passer en revue toutes les communications et tous les travaux qui, depuis, ont paru sur ce sujet ; qu'il nous suffise de dire que les plus grands noms de la psychiatrie et de l'anatomie, Gudden, Hirschl, Mendel, Westphall, Virchow, apportèrent une large contribution à l'étude de ce problème, et que, de l'autre côté du Rhin, on ne discute plus sur la fréquence de la syphilis, dans les antécédents des paralytiques généraux. C'est un fait acquis. Tous les efforts tendent maintenant à élucider son mode d'action dans la paralysie.

En Angleterre (Mac Dowall, Jacobson, Banister), aux Etats-Unis (Goldschmitt, Kiernan) et dans les pays scandinaves (Nichols, Kjelberg, Rohmell), l'opinion est aussi généralement favorable à la thèse syphilitique.

En France, la littérature médicale ne fournit qu'un nombre restreint de documents. Zambaco, en 1861, déclare que la syphilis peut donner naissance à un syndrome voisin de la paralysie générale ; en 1867, Lancereaux formule une opinion semblable et, en 1874, Coffin ne reconnaît une origine syphilitique qu'aux seules paralysies générales précoces.

On peut se rendre compte, par ce rapide coup d'œil, qu'en dehors des Français la plupart des auteurs

étrangers ne peuvent concevoir de paralysie générale sans une syphilis antérieure. Chez nous, au contraire, sans qu'on puisse se l'expliquer, les neuropathologistes se sont toujours refusés à admettre un rapport de causalité entre ces deux maladies. Charcot n'a jamais cessé de proclamer cette manière de voir, que son élève Déjerine a résumée dans les lignes suivantes : « La syphilis n'est point très rare dans les antécédents des paralytiques généraux et n'imprime dans ce cas aucune marche particulière à l'affection. C'est une coïncidence et rien de plus. »

En France, la question en resta là et le remarquable ouvrage de Fournier, qui avait paru dans l'intervalle, ne contribua pas à la faire progresser. Bien au contraire, il fit dévier le débat et délaisser la paralysie générale typique au profit des pseudo-paralysies générales. Malgré les efforts de Foville, les idées du professeur de l'Hôpital du Midi prévalurent et on considéra le problème résolu de la façon suivante : la syphilis est capable de produire un état morbide semblable à celui de la paralysie générale; elle est incapable d'intervenir comme facteur dans la paralysie générale classique.

Kjelberg, professeur à l'Université d'Upsal, dans une conférence faite à Sainte-Anne, essaya en vain de réagir contre cette tendance des psychiatres français. Non seulement, il ne réussit pas à faire partager ses idées sur l'origine spécifique de la méningo-encéphalite, mais il ne parvint même pas à exciter la curiosité des chercheurs. Les huit années qui suivirent ne furent marquées par aucun travail important. C'est

au professeur Régis que revient l'honneur d'avoir appelé l'attention de nos compatriotes sur l'importance étiologique de la syphilis qui, au delà de nos frontières, ne comptait qu'un petit nombre d'opposants. Dans un article publié en 1888, dans la *Gazette Médicale*, il montra, par une statistique de 378 malades, la fréquence de la syphilis dans les antécédents des paralytiques généraux. « Si la syphilis, disait-il pour conclure, a pu et peut encore paraître rare à certains auteurs, au nombre desquels j'ai été moi-même, c'est évidemment à cause de la difficulté qu'il y a à se renseigner sur une particularité de cette nature. »

Cet appel ne resta pas sans écho. Dès l'année suivante, le Dr Cuyllitz, qui s'était refusé jusqu'à ce jour à voir une relation de cause à effet entre la syphilis et la paralysie, mis en éveil par le travail du professeur de Bordeaux, se livra à des recherches plus minutieuses dans l'asile d'Erère. Sur 30 paralytiques généraux hospitalisés dans cet établissement, il relève la syphilis certaine treize fois, probable huit fois.

A la même époque, l'Académie de Médecine avait mis au concours la question des rapports de la syphilis et de la paralysie générale. Parmi les travaux qui furent soumis à ses suffrages, celui de Morel-Lavallée et de Bélières (1889), fruit de la collaboration d'un aliéniste et d'un syphiligraphe, appelle plus particulièrement l'attention. Ces auteurs, qui tenaient avant tout à faire œuvre impartiale, se livrèrent à une enquête consciencieuse auprès des aliénistes de tous pays. Les résultats assez contradictoires de cette con-

sultation, souvent en opposition avec les idées admises chez nous, ne laissèrent pas que d'influencer leurs recherches. Il semble pourtant que, malgré le doute qu'ils laissent planer dans leurs conclusions, ils ont une tendance marquée à se ranger du côté des partisans de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale. « La paralysie générale, disent-ils, dans son type le plus complet, avec ou sans délire expansif ou mégalomane, paraît, d'après les nombreuses statistiques, dont nous n'avons pas trouvé l'équivalent en France, compter souvent la syphilis dans ses antécédents. La proportion des syphilitiques, trouvés chez les paralytiques généraux internés, semble même augmenter en raison directe des facilités qu'a le médecin pour établir l'anamnèse. Ces deux ordres de faits nous autorisent à nous demander, en l'absence de documents qui les contredisent, si la syphilis n'occupe pas une place plus importante parmi les facteurs étiologiques de la paralysie générale vraie. »

La parole de MM. Morel-Lavallée et Bélières ne semble pas avoir été entendue au Congrès de Psychiatrie qui, cette année, tint ses assises à Paris. Il ressort de la discussion que les aliénistes français sont loin d'être gagnés à la cause de la thèse syphilitique. Pourtant, la conclusion fut réservée et Ballet demanda à être mieux renseigné et fit appel aux lumières de la statistique pour élucider ce côté de la pathologie cérébrale.

L'année suivante, au Congrès de Rouen, la question se trouve de nouveau à l'ordre du jour. Le rapporteur, M. Régnier, refuse à la syphilis toute influence dans la

production de la paralysie générale. Du reste, en réponse à l'invitation de G. Ballet, il apporte une statistique de 179 malades, chez lesquels il ne relève la syphilis que 16 fois, soit dans la proportion de 9 pour 100 des cas. Christian ne la retrouve que chez 15 pour 100 et Voisin chez 1,6 pour 100 de leurs malades.

Par contre, Cullère, Ball et Régis se montrent partisans convaincus de l'origine syphilitique ; ce dernier déclare notamment que 80 pour 100 des paralytiques qu'il a observés ont été antérieurement contaminés.

A partir de ce moment, la question prend un nouvel essor. Ball, dans la dernière édition de ses *Leçons*, mentionne que la fréquence de la syphilis comme antécédent de la paralysie générale est un fait d'observation. Bonnet, dans un mémoire pour le prix Esquirol, conclut à cette fréquence dans la proportion de 66,6 des cas et Anglade, dans son excellente thèse, arrive au chiffre plus élevé de 81,8 pour 100.

Malgré ces statistiques impressionnantes, au Congrès de Lyon (1891), où la question du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale est mise en discussion, la valeur étiologique de la syphilis trouve encore de nombreux adversaires. Toutefois, les conclusions du rapporteur, M. le Dr Rousset, ne sont pas de nature à donner plus d'importance au facteur éthylique. Pour lui, l'alcoolisme est subordonné à la prédisposition psychonévropathique ou arthritique, qui lui paraît être une condition nécessaire. Tout en admettant que l'alcoolisme chronique seul peut conduire à la démence paralytique, il laisse échapper

l'avou que les conditions ethnographiques et géographiques ne paraissent pas conclure en faveur du rôle plus ou moins prépondérant de l'alcoolisme sur la production de la paralysie générale.

Les aliénistes qui prirent part à la discussion de ce rapport se partagèrent en trois camps : les uns avec Magnan, Mairét, Camuset, Charpentier, affirmèrent que l'alcoolisme pouvait être le facteur unique de la paralysie générale ; les autres n'élevèrent pas l'alcoolisme au-dessus du rôle de cause adjuvante et exigèrent avec lui l'intervention d'autres facteurs, tels que la syphilis et l'hérédité ; les troisièmes, enfin, parmi lesquels nous retrouvons Régis et Ladame, proclamèrent leur foi dans la syphilis comme cause prépondérante de la méningo-encéphalite. En face de ces divergences, Ballet demande encore une fois la solution du problème à la statistique, qui n'avait encore rien perdu de son crédit.

Quelques années plus tard, 1894, Fournier, avec une autorité que ses adversaires ne peuvent lui contester, se jette de nouveau dans le débat et affirme catégoriquement que la paralysie générale émane directement de la syphilis, qu'elle appartient au groupe des affections parasyphilitiques, catégorie qui ne se distingue des autres affections spécifiques que par son incurabilité. Pour lui, les statistiques prouvent de plus en plus une seule chose, c'est la fréquence de la vérole chez les malades paralytiques.

Cette intervention eut un retentissement considérable, même en dehors de nos frontières, et fit éclore une foule de mémoires, de statistiques et de communi-

cations aux Sociétés savantes, favorables en grande partie aux idées de Fournier, Raymond et Régis. Signalons quelques-uns de ces travaux dans leur ordre chronologique.

En 1897, Christian affirme que si l'on pouvait établir l'influence du terrain syphilitique sur l'éclosion de la paralysie générale, on serait obligé d'admettre l'existence d'un lien étroit entre les deux maladies. La même année, Krafft-Ebing, au Congrès de Moscou, rapporte l'expérience, restée célèbre, de l'inoculation de la syphilis à neuf paralytiques, dont les antécédents étaient muets sur leur contamination antérieure. L'absence de résultat l'autorise à affirmer que la syphilis est à la base de la paralysie générale. La thèse de Clerc, établissant que la syphilis héréditaire ou acquise peut être la cause de toute paralysie générale, est de la même année.

L'année suivante, Mairet et Vires, dans un travail sur la paralysie générale, font entendre une autre opinion et se refusent à admettre tout lien étroit entre cette maladie et la syphilis. Ils apportent, à l'appui de leur thèse, le fameux argument des Arabes et font jouer un rôle prépondérant à la diathèse arthritique et à d'autres causes secondaires. La syphilis pourtant, à laquelle ils déniaient une valeur appréciable, se retrouve 23 fois pour 100 dans leur statistique.

Avec celle de Joffroy, ce sont les seules voix discordantes. Depuis Serieux et Farnarier, Tschisch, de Dorpat, Mouratoff, Raymond, Babinski, Dupré, Brissaud, Warnock, du Caire, Spillmann et son élève Dangler donnent, pour la fréquence de la syphilis

chez les paralytiques généraux, des proportions qui voisinent avec le 100 pour 100.

Signalons aussi le travail de Mongeri, de Constantinople, qui se rallie sans restriction à l'opinion de Kjelberg et affirme qu'il ne peut y avoir de paralysie générale sans infection syphilitique préalable.

La thèse de Caboureau et celle d'Aubéry, inspirées respectivement par Régis et Teissier, le travail de Gaston Boyer, publié dans les *Archives de Neurologie*, sont de la même époque et défendent les mêmes idées.

Notons enfin les travaux de Stoddart, Michel Yamiris, Roecké, qui aboutissent à des conclusions plus absolues encore et qui mériteraient d'attirer plus longtemps notre attention.

De 1903 à 1905, eurent lieu trois grandes manifestations scientifiques, où il fut question de syphilis et de paralysie générale et qui semblent clôturer la période étiologique de l'histoire de cette maladie.

La première se tint au Congrès international de Madrid, à l'occasion d'une communication du Dr Chaurmier. Sur 242 cas de paralysie générale, il avait constaté dans les antécédents la syphilis seule ou associée à d'autres facteurs étiologiques 71,44 fois pour 100. L'ensemble de son travail tendait à établir que les causes les plus communes de la méningo-encéphalite sont par ordre d'importance la syphilis, l'alcoolisme, l'hérédité, mais qu'une prépondérance considérable revient au premier de ces facteurs. Au sujet de la nature de la maladie, il exprimait l'opinion que ces trois facteurs n'exercent pas une action spé-

cifique sur le cerveau, mais une action toxique et pouvant être connexe avec celle d'autres poisons, tels que le paludisme, l'arthritisme, etc. Depuis, le Dr Chaumier, ayant pu observer de plus près ses malades et obtenir, à leur sujet, des renseignements plus précis, s'est fortifié dans sa conviction sur l'origine syphilitique de la paralysie générale. Quoi qu'il en soit, sa communication provoqua une discussion à laquelle de nombreux aliénistes et neuropathologistes prirent part, au nombre desquels je dois citer les professeurs Brissaud et Bombarda, de Lisbonne. Tous reconnurent le rôle prépondérant de la syphilis. Une seule voix discordante s'éleva, celle du Dr Kœtescht, de Sarajevo, et encore reconnaît-il à ce facteur un rôle prédisposant? Il faut ajouter que cet aliéniste a fait ses observations dans un milieu, ou, si l'on s'adonne aux plaisirs de l'amour comme partout, et si l'on y contracte la syphilis plus qu'ailleurs, on y fait travailler fort peu l'organe pensant. N'est-ce pas l'unique raison qui explique pourquoi ses syphilitiques ne deviennent pas des paralytiques généraux.

Le Dr Magalhaes Lemos, de Porto, admet une opinion éclectique et pense que la paralysie générale peut se développer chez les prédisposés sous l'influence de causes déterminantes diverses, surtout infectieuses et toxiques, au premier rang desquelles se placent la syphilis, l'alcoolisme, le traumatisme. Un aveu à retenir, c'est qu'élève de Magnan, qui fait jouer à l'alcoolisme un rôle important et même efficient dans la genèse de la paralysie générale, il a emporté à Porto cette notion d'étiologie. Arrivé chez lui, il a constaté

avec surprise une fréquence extraordinaire de la paralysie et une rareté exceptionnelle de l'alcoolisme.

La même année, les origines de la paralysie générale reviennent une deuxième fois en discussion au Congrès de Bruxelles dans le rapport de M. Klippel sur l'*Histologie de la paralysie générale*. Pour lui, cette affection est un syndrome clinique commun à des toxines diverses, entraînant des lésions tantôt inflammatoires, tantôt dégénératives, mais toujours caractérisées par leur diffusion et leur tendance progressive. Elle n'est donc plus une entité morbide et de nouveau l'unité de la paralysie générale qui avait été mise en péril une première fois par la conception de la pseudo-paralysie générale de Fournier, se trouve menacée au nom de l'anatomie pathologique.

En plus, dans son exposé verbal, M. Klippel a insisté sur ce point que la paralysie générale est une maladie contemporaine et que sa fréquence augmente de jour en jour. La syphilis, au contraire, est très ancienne et diminue de gravité; elle évolue en sens inverse de la paralysie. D'autre part, on a des exemples de chancre chez des malades atteints de paralysie générale. Or, pour toutes ces raisons (nous verrons plus loin ce qu'il faut en penser), M. Klippel affirme que la paralysie générale n'est pas syphilitique de nature, même si elle évolue sur un terrain syphilitique. Pourtant M. Klippel ne nie pas la fréquence de la contamination dans les antécédents des paralytiques et ne cherche pas à l'expliquer.

Dans la discussion ouverte sur ce rapport, M. Klippel n'a été suivi que par M. Toulouse. La plupart des

membres présents se sont abtenus d'y prendre part. Seul, M. Anglade s'est élevé contre l'idée de Klippel que les poisons de la paralysie générale ont une origine banale. Pour lui, si les lésions de la paralysie générale ne sont pas d'ordre grossièrement syphilitique, il proteste contre la prétention de croire qu'on connaît toutes les formes de méningo-encéphalite syphilitique ou même tuberculeuse, car M. Anglade ne dissimule pas sa tendance à rendre la tuberculose responsable de certains faits de paralysie générale.

La troisième et la plus imposante manifestation scientifique, où fut mise en discussion l'étiologie de la paralysie générale, eut pour théâtre en 1905 l'Académie de Médecine.

A propos d'une communication de M. Fournier qu'il avait intitulée : *Quelques propos sur la paralysie générale de la syphilis*, l'Académie a consacré incidemment sept séances à la discussion des rapports de la paralysie générale et de la syphilis. Je dis incidemment, car M. Fournier avait nettement marqué son intention de circonscrire le débat et, en ce qui le concerne, il s'en est tenu rigoureusement aux limites qu'il s'était imposées par avance. Les points principaux qu'il a développés sur la date d'apparition de la paralysie générale chez les syphilitiques observés, l'influence du traitement et de la virulence de la maladie sur l'éclosion de la méningo-encéphalite ont été à peine discutés. A quelques exceptions près, tous les orateurs ont longuement traité de la question des rapports de la paralysie générale et de la syphilis.

Deux opinions opposées se sont manifestées aussitôt,

l'une représentée par Joffroy, à laquelle se sont ralliés MM. Cornil et Lancereaux, déniaient à la syphilis toute influence étiologique sur la paralysie générale; l'autre défendue par M. Fournier, qui, répétant que la paralysie générale était une émanation de la syphilis, a vu se ranger derrière lui MM. Raymond et Hallopeau. Chacun des deux adversaires a groupé toutes les preuves qui lui ont paru militer en faveur de sa manière de voir et a fait défiler toute la longue théorie des arguments surannés pour ou contre la théorie de l'action syphilitique sur le développement de cette maladie. Des deux côtés, les arguments ont été tirés de la statistique, de la démographie, de l'histologie et de la thérapeutique.

La statistique, défendue par Fournier, accueillie avec une certaine réserve par Raymond et Joffroy, a été assez malmenée par M. Lancereaux. Somme toute, on a brûlé ce qu'on avait adoré et, d'une façon générale, elle a paru moins éclairante qu'on avait pu le croire.

M. Joffroy reprend le vieil argument des Arabes, bien plus, il montre qu'au fur et à mesure que nos connaissances en géographie médicale se sont précisées, ce n'est pas seulement au pays de Mahomet qu'on a trouvé la paralysie rare et la syphilis fréquente. Il en tire cette conclusion que la syphilis à elle seule ne peut pas créer la paralysie générale.

L'argument est relevé par M. Raymond, qui tout en reconnaissant le bien-fondé du fait, en tire des conclusions inverses. Pour lui, c'est question de race. Pour que la graine syphilitique fasse germer la para-

lysie, il faut qu'elle tombe sur un terrain préparé par l'hérédité.

MM. Cornil, Lancereaux et encore Joffroy, qui toujours et quand même apparaît l'adversaire le plus ardent de la thèse syphilitique, invoquent contre elle les données anatomo-pathologiques. Pour eux, il existe une différenciation absolue, un fossé profond entre les lésions de la méningo-encéphalite et les néoformations spécifiques de la syphilis.

Raymond, par contre, apporte en faveur de cette thèse des cas de coexistence côte à côte sur un même cerveau de lésions spécifiques et de méningo-encéphalite diffuse. En outre de ses observations personnelles, il cite celles de Marchand, de Blois.

Enfin Joffroy proclame la faillite du traitement mercuriel comme curatif de la paralysie générale et en conclut qu'elle n'est pas syphilitique. Et il ajoute, au risque de s'attirer les foudres de M. Fournier, que le mercure n'est pas prophylactique de cette maladie.

Au demeurant, cette discussion pour mémorable qu'elle fut, n'aboutit à aucun résultat, car aucun parti ne put convaincre son adversaire. On s'est trouvé sans cesse en face d'affirmations diamétralement opposées et également autorisées. Pourtant, à une si haute dispute, une conclusion s'imposait. C'est M. Fournier qui l'a apportée et on peut dire que, s'il n'a pas eu cause gagnée, c'est lui qui a eu le dernier mot du débat.

S'adressant aux anatomo-pathologistes, il leur dénie le droit d'imposer à la syphilis une seule modalité anatomique, celle qu'ils ont décrite eux-mêmes,

et de rejeter *a priori* tout ce qui n'est pas conforme à ce type unique. Que les lésions de la méningo-encéphalite diffèrent de celles produites par la syphilis en général, soit, il ne s'ensuit pas forcément que ces lésions ne soient pas de qualité syphilitique, puisque l'étiologie et la clinique prouvent l'origine syphilitique de la paralysie générale.

Quant à l'argument thérapeutique, M. Fournier le retourne contre Joffroy. Oui, dit-il, le traitement syphilitique est impuissant dans la paralysie générale confirmée, mais le traitement mercuriel institué de bonne heure et continué avec soin et persévérance est d'une efficacité presque absolue contre la paralysie générale. C'est là une nouvelle preuve que cette maladie a sa source dans la syphilis.

Après un pareil débat, il semble que de part et d'autre tous les arguments ont été épuisés et que la question va marquer un temps d'arrêt. Peut-être en eût-il été ainsi, si on s'en était tenu aux indications et aux enseignements de cette manifestation aussi solennelle que stérile ? Mais la trêve ne devait pas être de longue durée ; dans le silence du laboratoire se forgeaient de nouvelles armes pour les luttes de l'avenir.

III

L'Académie de Médecine retentissait encore des échos de la grande joute oratoire, quand moins de deux mois après, en mai 1905, Schaudin et Hoffmann annonçaient au public médical la découverte de

l'agent pathogène de la syphilis. Cet événement fit aussitôt concevoir les plus magnifiques espérances à ceux qui avaient la foi dans les origines spécifiques de la paralysie générale. Sans retard ils se mirent à la recherche du tréponème chez les paralytiques généraux ; ils fouillèrent avec le plus grand soin le cerveau, les méninges, le liquide céphalo-rachidien, le sang, voire encore d'autres viscères, tels que le foie. La déception fut d'autant plus cruelle que l'espoir avait été plus grand. Les investigations de Marinesco et Minea restèrent sans résultat (Société de Neurologie, 1906) et ils en vinrent à penser que les spirilles n'existaient pas dans les lésions anatomiques de la paralysie générale. Toutefois, leur croyance dans la nature syphilitique de la paralysie générale n'en fut pas ébranlée et ils expliquèrent les lésions méningo-encéphaliques par l'action d'une toxine engendrée par le parasite, qui s'était dérobé à leur poursuite.

Queyrat, de son côté, reste fidèle aux mêmes idées, malgré son échec dans la recherche du tréponème dans les méninges et les circonvolutions de trois paralytiques généraux. Les entreprises de Taty, Sicard, Dide et Leri restèrent aussi infructueuses.

La découverte de Schaudin et Hoffmann n'avait donc pas fait avancer la question et semblait fournir, au contraire, un argument de première valeur aux adversaires de l'influence syphilitique sur la paralysie générale. Les partisans de l'opinion adverse ne s'en émurent pas pour autant ; ils gardèrent leur conviction entière et confiante dans l'avenir. Pourtant, les travaux qui parurent alors se ressentirent de cet état de

malaise et d'incertitude. Notons, parmi tant d'autres qui mériteraient d'être cités, ceux de Christian, de Vurpas, de Marie, de Martial en 1905, ceux de Noeke, de Collins, Catola, Bernard, Huebner en 1906, de Marie et Levaditi, de Charrier en 1907.

La même année (Société médicale des Hôpitaux, décembre 1907), MM. Ravaut et Poncelli signalent pour la première fois la présence du spirochète au niveau des cellules épendymaires d'un enfant hérédosyphilitique. En 1908, MM. Guillain et Thaon communiquèrent à la même Société une étude sur une forme clinique de la syphilis du névraxe réalisant la transition entre les myélites syphilitiques, le tabes et la paralysie générale, d'où ils tirent un argument en faveur de la relation de causalité entre l'infection syphilitique et les lésions du tabes et de la méningo-encéphalite diffuse.

Plaut, en 1909, publie un travail sur *les Relations de la paralysie générale et de la syphilis*, un second, en 1910, sur *la Réaction de Wassermann chez les paralytiques généraux*, et enfin un troisième, en 1911, en collaboration avec Goering sur *la Descendance des paralytiques généraux*. Ce dernier travail fut confirmé plus tard par Nonne, en 1913 ; il considère la paralysie générale comme fonction active de la syphilis.

Il nous reste à signaler les recherches intéressantes de Lansberger sur l'unité des lésions syphilitiques et parasymphilitiques et de Sezary sur la pathogénie des affections parasymphilitiques.

Tant de persévérance, fortifiée par une conviction déjà puissamment éclairée, devait trouver bientôt sa

récompense. En février 1913, Noguchi et Moore annonçaient au monde scientifique la découverte du tréponème, si longtemps recherché en vain, au niveau de l'écorce cérébrale des paralytiques généraux.

Depuis, le spirochète pâle a été trouvé par Føester et Thomaczewski directement sur le vivant après ponction, 2 fois sur 4 cas dans une première recherche et dans une seconde série, 14 fois sur 39 paralytiques observés. Quand les spirochètes apparaissaient particulièrement abondants dans le cerveau, ils ne l'ont jamais décelé dans le liquide céphalo-rachidien. Mott le trouve une seule fois. MM. Bériel et Durand 2 fois sur 3 cas en expérience. Bien plus, le spirochète a été trouvé vivant après inoculation à des lapins de la substance cérébrale et du sang de paralytiques généraux (Noguchi, Berger, Føester, Hough, Uhlenhutt). Avec le liquide céphalo-rachidien, le résultat a toujours été négatif.

La recherche du spirochète sur le cadavre des paralytiques généraux a été suivie de résultats positifs dans un grand nombre de cas. Sa présence est constante dans le cerveau des malades morts en ictus (Marie, 1913, Congrès de Londres).

Tous ces résultats sont consignés dans l'excellente thèse de M. Papastratigakis, inspirée par M. le professeur Lépine, et ont été confirmés par ses recherches personnelles faites dans le laboratoire de la clinique des maladies mentales.

Ce travail, qui résume toute la microbiologie de la paralysie générale, mérite d'arrêter notre attention. L'auteur, après avoir indiqué les procédés de recherche

du spirochète chez les paralytiques, se livre à une discussion assez originale pour établir d'une part l'identité du parasite trouvé au niveau des circonvolutions cérébrales et celui qui produit les lésions syphilitiques vulgaires, d'autre part pour expliquer la résistance opposée par les paralytiques généraux au traitement spécifique. Les faits qui se dégagent de ce travail, en ce qui intéresse la présente étude, sont les suivants :

Le spirochète pâle se rencontre dans un grand nombre de cerveaux de paralytiques, généralement à la suite de leur cachexie progressive et dans tous les cerveaux de paralytiques morts en ictus ; on ne le trouve jamais au niveau des méninges, ni dans le liquide céphalo-rachidien.

L'inoculation de substance cérébrale donne presque constamment naissance à des lésions syphilitiques à l'endroit inoculé et, inversement, l'introduction de ces dernières dans le cerveau produit des troubles nerveux caractéristiques.

Le mode d'action du spirochète sur le cerveau est identique à celui des autres micro-organismes pathogènes ; les lésions méningées et les altérations du liquide céphalo-rachidien sont imputables à l'action des toxines qu'il sécrète.

Enfin, Papastratigakis admet comme conditions indispensables à l'éclosion de toute paralysie générale : la syphilis et un système nerveux surmené, épuisé, intoxiqué. Tout syndrome paralytique se développant, en l'absence de réactions humorales caractéristiques de la syphilis, n'est que pseudo-paralysie générale.

Nous voilà bien loin des interminables discussions de 1903 et 1905. Jadis, on ne pouvait évoquer le rôle de la syphilis dans la paralysie générale qu'avec une certaine retenue et au risque de s'attirer les foudres de Magnan et de Joffroy plus particulièrement. Aujourd'hui, à part quelques opposants qui se font de plus en plus rares, tout le monde est d'accord sur la prépondérance de la syphilis sur le développement de la méningo-encéphalite.

Au cours de cet historique, nous croyons avoir signalé, ou pour le moins tenu compte de tous les travaux intéressant l'étiologie et la nature de la paralysie générale. Peut-être nous reprochera-t-on d'avoir laissé dans l'ombre une foule de causes invoquées pour expliquer le développement de cette affection au seul profit de la syphilis? C'est que cette dernière a dominé tout le débat étiologique. Les adversaires de cette doctrine n'ont pas montré, du reste, beaucoup plus d'attrait pour l'étude des autres facteurs étiologiques et ont fourni ainsi la meilleure preuve de sa valeur incontestable.

Quoi qu'il en soit, du jour où la paralysie générale a été reconnue comme une affection ayant son individualité propre, la syphilis a été prise en considération comme facteur étiologique. Bayle, à qui on en attribue la paternité, signale le premier, comme l'a fait remarquer Kovalewski, la coexistence de la paralysie et de la syphilis, 30 années avant les travaux d'Esmarch et de Jessen, et depuis, la syphilis est revenue en discussion toutes les fois que la question de causalité de la paralysie générale a été mise à l'ordre du

jour. La découverte de Noguchi et Moore n'a fait que confirmer d'une façon péremptoire et décisive l'origine syphilitique de la maladie. Elle a montré à ceux qui, comme Joffroy, n'ont voulu voir qu'une coïncidence dans la contamination antérieure chez les paralytiques généraux, qu'il n'y a pas de paralysie générale sans syphilis à la base.

CHAPITRE II

STATISTIQUE ET OBSERVATIONS

Notre travail porte sur 484 malades des deux sexes, hospitalisés pendant les six dernières années dans une maison de santé de la région lyonnaise, chez lesquels le diagnostic de paralysie générale a été fait 88 fois, et qui ont fait l'objet de la statistique placée au début de ce chapitre.

On nous pardonnera d'avoir eu recours à ce procédé de recherche scientifique un peu désuet et peut-être beaucoup trop discrédité de nos jours. Longtemps la statistique a été la clef de voûte de la théorie syphilitique de la paralysie générale, au point qu'en 1889, seule, elle paraissait à Gilbert Ballet susceptible de nous éclairer sérieusement et qu'il posait en principe qu'on pourrait affirmer que la paralysie générale était syphilitique quand on aurait trouvé 80 à 90 pour 100 de syphilitiques chez les paralytiques généraux. Quelques années plus tard, on s'étonnait qu'on lui eût accordé autant de crédit et on dénonçait hautement la faillite d'un procédé scientifique qui aboutissait à des divergences énormes entre les auteurs et des écarts

formidables entre les chiffres. Quelles conclusions tirer disaient ses détracteurs, de pourcentages, qui varient de 7 à 94 pour 100 ?

Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de ces prétendues contradictions. Qu'il nous suffise pour le moment de reconnaître avec Claude Bernard que, si la statistique est sujette à l'erreur (et quel procédé est infallible ?) et que si elle est impuissante à donner la vérité scientifique toute entière, elle est susceptible de contribuer à sa recherche ; qu'enfin s'il est de mauvaises statistiques (et c'est à celles-là seules qu'il faut jeter l'anathème), il en est de bonnes, auxquelles on doit épargner une condamnation trop hâtive et garder quelque confiance. Quoi qu'il en soit, en ce qui concerne la question qui nous occupe, il faut bien reconnaître que c'est la statistique qui a appelé l'attention sur le rôle de la syphilis dans la production de la paralysie générale, et qu'à ce titre seulement elle mériterait quelque indulgence. Mais, hâtons-nous de le dire, ce n'est pas une confiance aveugle et absolue dans ce procédé qui nous a déterminé à donner une nouvelle statistique. Elle nous a paru utile à la démonstration qui va suivre en groupant des observations que l'étendue restreinte de ce travail ne nous permettait pas de signaler toutes.

Nous nous sommes borné à reproduire celles qui présentaient quelques particularités intéressantes, et nous en avons intercalé d'autres en petit nombre, puisées à des sources différentes.

Statistique des malades reçus dans l'Etablissement privé de C., du 10 mai 1910 au 15 octobre 1916 :

Hommes.	244
Femmes.	240
	484

Sur ces 484 malades le diagnostic de paralysie générale a été fait 88 fois, 76 fois chez les hommes et 12 fois seulement chez les femmes. Les paralytiques généraux représentent donc une proportion de 31,15 pour 100 des hommes aliénés et de 5 pour 100 des femmes malades. Il y aurait ainsi, dans notre champ d'observation, environ 6 à 7 fois moins de femmes atteintes de méningo-encéphalite.

Hommes paralytiques :

Chez les 76 hommes paralytiques une syphilis antérieure a été retrouvée dans les antécédents :

58 fois, soit 76,31 p. 100

Elle a été soupçonnée
avec quelque raison :

12 fois, soit 15,78 p. 100

Au total : 70 fois, soit 92,09 p. 100

Pour les autres malades, nous n'avons pu recueillir aucun renseignement précis sur leur passé. L'un d'eux avait été atteint récemment d'une fracture cranienné et avait subi l'opération du trépan. Il est bon de noter,

en passant, que le malade avait donné des signes de fléchissement intellectuel avant son accident.

Chez les 70 paralytiques antérieurement contaminés, la syphilis est associée à d'autres facteurs étiologiques 28 fois, soit 40 pour 100.

Ces facteurs secondaires se répartissent ainsi :

Hérédité			
Lourde	4 fois, soit	5,71	p. 100
Tare légère	10 — —	14,13	—
Au total		20	p. 100
Alcool.	8 fois, soit	11,42	p. 100
Trauma	3 — —	4,28	—
Maladie infectieuse			
(paratyphoïde) . .	1 — —	1,42	—
Tuberculose	2 — —	2,85	—

La syphilis paraît ressortir comme seule cause efficiente de la paralysie générale, 42 fois, soit 60 pour 100.

Hommes non paralytiques :

Chez les autres malades non paralytiques, au nombre de 168, j'ai retrouvé la syphilis avérée 5 fois : 1 délire mélancolique anxieux dû à une syphilis récente, 1 tabétique profondément taré, qui a été considéré longtemps comme un paralytique général, 1 dément précoce, 2 alcooliques en état de délirium.

Elle a été soupçonnée 5 autres fois chez 5 alcooliques, dont 3 sont notés comme pseudo-paralytiques et ont présenté le syndrome paralytique plus ou moins nettement esquissé.

Par contre, l'alcoolisme a fourni un contingent de 41 malades; l'hérédité et la dégénérescence mentale, 117 malades.

En résumé, la syphilis certaine ou probable, presque toujours associée à d'autres facteurs étiologiques, dans les antécédents de 108 aliénés apparaît 10 fois, soit dans la proportion de 5,9 pour 100;

L'alcoolisme seul ou uni à d'autres causes efficientes, 41 fois, soit dans la proportion de 24,4 pour 100;

L'hérédité ou la dégénérescence mentale sans autre cause adjuvante, 117 fois, soit dans la proportion de 69,6 pour 100.

Pour rentrer dans le domaine de l'actualité, il nous reste à rechercher, au moyen de la statistique, si la guerre n'a pas eu quelque influence sur la production de la paralysie générale.

Depuis le début de l'année 1915, nous avons observé 38 militaires : 24 officiers et 14 sous-officiers ou soldats.

Officiers :

Les 24 officiers se répartissent ainsi :

Paralytiques généraux	14	soit	58,33	p. 100
Alcooliques	2	—	8,33	—
Traumatisés	3	—	12,50	—
Toximane	1	—	4,16	—
Délire aigu	1	—	4,16	—
Dégénérés	3	—	12,50	—
Au total	24			

Chez les 14 paralytiques généraux, une syphilis antérieure est :

Certaine.	9 fois, soit	64,28	p. 100
Infiniment probable	2 — —	14,28	—
Au total		<u>78,56</u>	—
Sans renseignements	3 fois, soit	21,42	—

Chez les 10 autres malades non paralytiques, la syphilis n'a été relevée qu'une fois, soit 10 pour 100.

Sous-officiers et soldats :

Au nombre de 14, ils se décomposent ainsi :

Paralytiques généraux.	4	soit	28,57	p. 100
Alcooliques	2	—	14,28	—
Délire aigu	1	—	7,14	—
Epileptique	1	—	7,14	—
Dégénérés.	6	—	42,85	—

Chez les 4 paralytiques, la syphilis est :

Certaine	3 fois, soit	75	p. 100
Probable	1 — —	25	—

Pas de syphilitiques chez les autres malades.

Femmes paralytiques :

Chez nos 12 femmes paralytiques, une syphilis antérieure est :

Certaine	8 fois, soit	66,66	p. 100
Probable	2 — —	16,66	—
Au total	— —	83,32	—
Sans renseignements	2 soit	16,66	—

Les 8 cas de syphilis certaines se répartissent ainsi :
2 anciennes prostituées, l'une antérieurement tabétique, 5 syphilis conjugales avec la paralysie générale chez deux maris, 1 femme infectée par un amant.

Les deux cas signalés comme probablement syphilitiques, sont : 1° celui d'une femme irrégulière, mariée sur le tard, qui semble avoir suivi un traitement spécifique, qui a eu une série de fausses couches et n'a pas pu mener un enfant à terme ; 2° celui d'une femme qui semble avoir été infectée par son mari, vers trente ans ; après avoir eu des enfants bien portants, série de fausses couches par la suite. Pour cette dernière, seulement, la syphilis est associée à une hérédité lourde ; chez les autres, la vérole paraît être seule en cause.

Femmes non paralytiques :

Parmi les 228 autres malades non paralytiques, j'ai relevé la syphilis 3 fois, deux fois certaine chez une tabétique morphinomane et chez une démente précoce fortement tarée ; une fois elle m'a paru probable chez une démente précoce, dont le mari est syphilitique et chez laquelle le diagnostic de paralysie générale parut possible.

Cinq de ces malades étaient des alcooliques avérées ;

toutes les autres sont des dégénérées ou des héréditaires.

En résumé, la syphilis certaine ou probable, toujours associée à d'autres agents étiologiques, chez 228 aliénés.

Non paralytiques	3 fois, soit	1,3 p. 100
L'alcoolisme seul ou associé	5 — —	2,2 —
L'hérédité ou la dégénérescence	220 — —	96,5 —

OBSERVATION I

F., Marguerite, trente-trois ans. Pas d'hérédité vésanique; elle n'a jamais eu d'enfants.

Elle a contracté, il y a sept ans, une syphilis conjugale, qui, paraît-il, aurait été bien soignée.

Le début de la maladie remonte à deux ans. Des troubles du caractère, de l'irritabilité, de l'excitation générale avec la tendance à faire des achats inutiles ont donné le premier éveil à son entourage.

A son entrée, le 7 février 1916, marque un état de vive satisfaction; elle dit que son mari a gagné des millions dans le commerce et qu'après la guerre elle pourra vivre dans le luxe.

La parole est lente et embarrassée, les pupilles sont inégales; il existe un tremblement très marqué des muscles de la face, de la langue et des lèvres. La malade a de la peine à se tenir sur ses jambes.

Elle a eu de nombreuses attaques épileptiformes pendant son séjour.

Actuellement gâteuse et grabataire, elle est très affaiblie.

OBSERVATION II

F..., Jean-Claude, quarante-trois ans, négociant, mari de la malade qui a fait l'objet de la précédente observation. Réformé du service militaire, entre à la maison de santé de Champvert, le 24 février 1916.

On ne sait rien de ses antécédents héréditaires. Il a contracté la syphilis, il y a sept ans, et l'a transmise à sa femme.

L'affection remonte à un an et s'est manifesté par des défaillances de la mémoire, des oublis pendant le service.

Au moment de son entrée, le malade est en pleine démence. Les troubles de la parole sont tels qu'il est presque impossible de le comprendre; pupilles inégales et troubles moteurs très accusés.

Le malade meurt le 12 mars à la suite d'une série de crises épileptiformes.

Autopsie. — Congestion et lésions diffuses de paralysie générale.

OBSERVATION III

D..., Gabrielle, cinquante ans, sans profession, se présente le 3 janvier 1910, à la consultation du Dr C..., en compagnie de son mari, âgé de quarante-huit ans, négociant.

Tous les deux sont indemnes de toute tare vésanique. Le mari contracta la syphilis à trente-quatre ans et la communiqua à sa femme.

Cette dernière, malade depuis un an, était dans un état de dépression profonde avec troubles de la mémoire, préoccupations hypocondriaques, instabilité, insomnie, amaigrissement, exagération des réflexes rotuliens, pas de phénomènes pupillaires, mais léger embarras de la parole. Le diagnostic de paralysie générale fut porté avec quelques réserves.

Le mari était également déprimé avec des douleurs erratiques, de l'abolition des réflexes de l'Argyll Robertson avec des pupilles inégales et punctiformes. Le même diagnostic avec les mêmes réserves fut porté.

Deux mois plus tard, D... Gabrielle fut internée. Les signes de paralysie générale ont augmenté à tel point que le diagnostic n'est plus douteux. La malade était en pleine agitation, chantant, criant du matin au soir et manifestant un délire mégalomane typique : tout est parfait, la sœur est un ange, elle lui donnera des millions pour la récompenser. Elle se trouve jolie, veut embrasser le médecin, etc.

Les signes physiques sont caractéristiques : parole difficile, inégalité des pupilles, tremblements fibrillaires.

Elle meurt six mois après son entrée de congestion.

Le mari est mort cinq ans plus tard de paralysie générale, après avoir présenté pendant trois ans des signes très nets de tabes.

OBSERVATION IV

M..., Rosine, veuve, âgée de trente-neuf ans, entre le 16 février 1904.

Antécédents. — Père mort du diabète vers l'âge de soixante ans ; mère morte à soixante-trois ans d'un néoplasme des voies biliaires, était très nerveuse et affligée de bégaiement. Elle a trois frères ou sœurs : deux morts tuberculeux et un troisième a succombé à la paralysie générale.

Pendant son adolescence, M..., Rosine a manifesté un état névropathique très marqué ; elle vivait dans des rêves plus ou moins mystiques. A vingt ans, sa famille ayant perdu toute sa fortune, elle épouse un homme de vingt-deux ans plus âgé qu'elle, viveur, noceur et alcoolique. Elle a une fille, âgée actuellement de quinze à seize ans, qui est sourde-muette. Deux ans après, nouvelle grossesse : l'enfant contracte en naissant une conjonctivite blennorra-

gique, qui se complique de phlegmon des deux yeux et devient complètement aveugle. Cet enfant est mort à six ans d'une broncho-pneumonie vraisemblablement tuberculeuse. C'est pendant les suites de couches de ce deuxième enfant que le mari contracte avec une prostituée une syphilis qu'il communique à sa femme. Traitement pilulaire. Pas d'accidents spécifiques bien marqués, ni troubles nerveux.

Deux ans après, troisième grossesse, très pénible, compliquée d'albuminurie, de cystite purulente; accouchement au huitième mois d'un enfant macéré. Suites de couches normales, mais peu après salpingite, qui nécessite un alitement d'une année. Rien de particulier du côté de son système nerveux, sinon qu'elle reste ce qu'elle a toujours été, impressionnable, mystique et fantasque, peu génitale d'ailleurs, et sans stigmatisme de grande névrose.

Six ou sept ans après les accidents spécifiques, la malade présente brusquement de la diplopie, de l'inégalité pupillaire, l'abolition des réflexes. Un traitement spécifique semble améliorer la malade.

Sur ces entrefaites, son mari devient mélancolique, taciturne, inquiet au sujet de sa santé et prend un accès apoplectiforme. Peu après on doit l'interner en Suisse, où il meurt six mois après de paralysie générale.

Après la mort de son mari, sa situation pécuniaire réglée, M... vit retirée et ne présente plus rien d'anormal, en dehors de ses bizarreries de caractère. Elle a été prise brusquement en janvier 1904 d'excitation générale avec mégalomanie et finalement on dut l'interner le 16 février 1904.

A son entrée, elle était couverte de bijoux, les doigts chargés de bagues, et vêtue d'un riche manteau blanc bordé d'hermine et dont chaque bouton était d'or ciselé. Elle marchait fièrement, d'un pas royal, prétendant qu'elle était archiduchesse d'Autriche.

L'examen démontra chez elle un déficit intellectuel notable et les signes physiques ordinaires de la paralysie

générale : tremblements fibrillaires, troubles de la parole, inégalité des pupilles.

Elle vécut ainsi en s'affaiblissant peu à peu pendant trois années. Les deux dernières furent marquées par de nombreuses attaques congestives. Finalement, très amaigrée, en plein marasme, avec des escarres au sacrum, elle mourut à la suite d'une série d'attaques épileptiformes.

L'autopsie n'a pas pu être faite.

OBSERVATION V

D..., Anthelme, cinquante-deux ans, officier d'infanterie. Entre le 6 octobre 1914.

Antécédents. — Un oncle maternel et un frère morts aliénés et internés.

Un frère aîné, mort depuis quelques mois de paralysie générale; il était syphilitique.

D..., bien longtemps avant de manifester des signes de paralysie, avait montré des phénomènes de déséquilibre psychique. A trente ans, il a eu une crise de mélancolie avec vagues persécutions et idées de suicide. Il avait contracté la syphilis à vingt-huit ans.

Depuis un an, D... montrait un état d'agitation avec des idées de grandeur; il écrivait à différents généraux, au ministre, critiquait ses chefs qu'il considérait comme des inférieurs au point de vue intellectuel. On le mit en congé et sa femme, après plusieurs essais de traitement dans des cliniques, dut se décider à le faire interner.

A l'entrée, le malade est dans un état physique satisfaisant, mais il est déjà notablement affaibli au point de vue mental. Les idées de grandeur et de satisfaction sont caractéristiques et semblent concentrées dans la sphère militaire. Il écrit de nombreux mémoires sur le ravitaillement du Sahara par les aéroplanes, sur la réorganisation de l'armée suivant des conceptions personnelles. Il écrit des lettres aux généraux membres du Conseil supérieur de la guerre; il

veut sortir pour publier ses découvertes et prendre un brevet d'aviateur.

La mémoire est très diminuée.

Au point de vue physique, la maladie se révèle par de la déformation pupillaire plus que par de l'inégalité, un tremblement caractéristique des lèvres, de la langue et des doigts. L'achoppement syllabique existe, mais n'est pas constant. L'écriture est typique : ratures, malpropreté, désordre, lettres et mots sautés.

Pas de réflexes rotuliens.

Tous ces phénomènes se sont accentués peu à peu jusqu'au gâtisme. Il est mort d'une crise épileptiforme après un séjour de deux années.

OBSERVATION VI

F..., Léon, quarante et un ans, magistrat.

Antécédents. — Père mort de paralysie générale. Mère excentrique.

Le malade a toujours été d'humeur bizarre. Syphilis en 1894. Marié en 1903, a un enfant bien portant de quatre mois.

Déprimé depuis un an environ, a dû cesser ses fonctions en mai 1904.

Entrée à l'asile le 4 novembre 1904 avec le diagnostic de mélancolie anxieuse avec indignité, impulsions au suicide.

En décembre, le malade est pris de rétention d'urine et garde le lit. L'examen révèle à ce moment l'abolition des réflexes rotuliens, du myosis avec inégalité des pupilles, un peu d'embarras de la parole.

Pendant toute l'année 1905 alternatives d'agitation avec satisfaction et de dépression avec hypocondrie, idées de négation.

Dès le début de 1906, le malade est très déchu au point de vue intellectuel. Gâtisme intermittent.

Le malade s'affaiblit progressivement et meurt le 21 novembre 1906, dans le marasme paralytique.

OBSERVATION VII

L..., quarante-cinq ans, caissier dans une administration.

Antécédents. — Son frère est mort de paralysie générale, il y a moins d'un an; il était syphilitique.

Lui-même semble avoir eu la syphilis avant son mariage; ses dénégations sont un peu suspectes. Quoi qu'il en soit, sa femme a eu plusieurs fausses couches et n'a pas pu mener un enfant à terme. C'est un alcoolique avéré, buveur d'absinthe.

Depuis un an, il donne des signes de faiblesse intellectuelle et a dû cesser ses fonctions de caissier, car il commettait fréquemment des erreurs dans ses comptes.

Au moment de l'examen, 7 octobre 1916, S... donne l'impression d'un sujet très amoindri. Sa mémoire est notablement diminuée; il est satisfait et vaniteux, sans manifestations mégalomaniaques bien nettes.

Physiquement, il présente les signes somatiques de la paralysie générale : embarras de la parole, tremblement des lèvres et de la langue, inégalité des pupilles, abolition des réflexes rotuliens.

OBSERVATION VIII (résumée).

P..., Camille-Joseph, quarante-trois ans, officier.

Un frère, également officier et syphilitique, est mort de paralysie générale à trente-six ans, dans une maison de santé.

Lui-même a eu la syphilis vers vingt-six ans.

A l'entrée, il est dans un état d'agitation violente avec délire mégalomaniaque typique : il est général, ministre, etc.

Signes somatiques : embarras de la parole, troubles pupillaires, tremblements, réflexes exagérés.

Le malade a pris plusieurs congestions et est mort dans le marasme paralytique après deux ans de maladie.

OBSERVATION IX

R..., Claudius, quarante ans, négociant, entré le 21 mars 1911.

Antécédents. — Grand'mère maternelle aliénée; mère débile et sujette à des colères impulsives.

Quatre frères d'esprit faible; l'aîné notablement est un débile.

Le malade, d'un avis unanime, était le plus intelligent de la famille. Il nie avoir eu la syphilis. Toutefois il a fait son service en Afrique et un médecin des hôpitaux l'a soigné pour des accidents spécifiques. En plus, il y a quelques années, il a eu une ptosis de la paupière droite.

La maladie a débuté, il y a un an, par de l'apathie intellectuelle, de l'inaptitude au travail, de l'irritabilité avec vagues persécutions. Il s'est brouillé avec des amis pour une histoire de décoration, avait gardé de la rancune au représentant du Comité Mascuraud. Il voulait se séparer d'une maîtresse avec laquelle il vivait depuis quinze ans pour épouser une jeune ouvrière de son usine.

Il a été interné à la suite de scènes violentes et de voies de fait sur plusieurs personnes.

A l'entrée, délire mégalomaniacque caractéristique : il se décore de la Légion d'honneur, se dit brillant officier et riche à 200 millions. Diminution de la mémoire, perte absolue de la notion du temps. Emotivité considérable : pleure et rit tour à tour, se montre satisfait ou mécontent sans motif.

Physiquement, inégalité des pupilles, pas de réflexe lumineux, abolition des réflexes rotuliens, dysarthrie considérable, tremblements.

Il est devenu rapidement dément et gâteux : mort par attaque épileptiforme à la fin de 1912.

OBSERVATION X

D..., quarante-six ans, maître d'hôtel, entre le 13 mai 1903.

Antécédents. — Hérité vésanique lourde : un frère mort à quarante-cinq ans dans un asile d'aliénés, un autre frère est lypémanique, une sœur est atteinte de délire mystique.

Coureur et noceur, il a très vraisemblablement la syphilis. Il est plus sûrement alcoolique.

A l'entrée, délire mégalomane caractéristique, ne parle que de millions et de doubles billions; prétend avoir fait la conquête de l'Amérique du Sud, de l'Autriche et de la Russie.

Physiquement, inégalité pupillaire, machonnement constant, dysarthrie, inégalité des pupilles.

Rémission du 15 septembre 1903 au 25 avril 1904. Réintégré, il tombe rapidement en démence et meurt de marasme paralytique en janvier 1905.

OBSERVATION XI

B..., Paul, trente-huit ans, employé aux écritures, entre le 18 septembre 1909.

Antécédents héréditaires. — Un frère nerveux qui, depuis, a fait une crise de mélancolie et a été interné. Il y aurait eu d'autres cas de vésanie dans les antécédents.

Syphilis pendant le service militaire, mal soignée; cicatrice du gland.

A l'entrée, le malade est déprimé, désorienté et amnésique. Idées de négation : il n'a plus de verge, plus de vessie, il ne peut plus uriner.

Les signes somatiques sont très nets : embarras de la parole, inégalité et déformation des pupilles, tremblements, réflexes exagérés.

La démence a fait des progrès très rapides. La mort est survenue en mai 1910 par congestion.

OBSERVATION XII

P..., R., quarante-sept ans, sans profession, entre le 3 octobre 1914.

Antécédents. — Le père et la mère sont morts tous les deux à soixante-quatre ans, l'un à la suite d'un accident de chemin de fer, l'autre de cancer utérin.

La malade est la seule survivante d'une famille de huit enfants, dont une sœur morte de paralysie générale, trois autres de tuberculose et une de cancer. Deux frères ont été victimes d'accidents professionnels.

La malade s'est mariée à dix-huit ans et a eu trois enfants au début du mariage, puis deux fausses couches vers trente-cinq ans. Elle a eu très vraisemblablement la syphilis et a été contaminée par son mari vers l'âge de trente ans, ce qui semble ressortir de demi-aveux et de réticences de ce dernier. La maladie remonte à une année environ.

A l'entrée, délire de grandeur très net; la malade rêve d'entreprises colossales qui doivent la conduire à augmenter prodigieusement une fortune déjà considérable.

Physiquement, masque de la paralysie générale; pupilles rigides et inégales, abolition des réflexes rotuliens, troubles de la marche, tremblements fibrillaires, dysarthrie peu marquée.

La malade est sortie le 15 mars suivant, en bon état physique, mais en pleine démence.

Elle a été réintégrée six mois plus tard en état de démence avec gâtisme et tous les signes somatiques de la paralysie générale. Morte par congestion en mai 1916.

OBSERVATION XIII

De L..., quarante-sept ans, officier supérieur d'état-major. Entre le 10 juillet 1903.

Antécédents. — Tare vésanique lourde : plusieurs aliénés

dans les antécédents. Une sœur est aliénée, délire d'indignité.

Sujet très intelligent et très brillant, il a eu de grands succès dans tous les concours. Syphilis en 1880, soignée pendant dix ans par le professeur Fournier ou sur ses conseils. L... ne s'est marié qu'après avis favorable de son médecin, qui le considérait comme guéri.

Depuis six mois, il était devenu préoccupé, triste et irritable; état que son entourage attribuait à ses ennuis de carrière. Il ne donne de véritables signes de dérangement cérébral que depuis trois semaines. A cette époque, devant développer devant une Commission de généraux son travail de préparation des grandes manœuvres, il fut brusquement frappé d'amnésie et incapable de fournir la moindre explication. La nuit suivante, il fait réveiller le général commandant le corps d'armée pour lui remettre une note de service sans importance. Malgré des signes bien évidents de fatigue cérébrale, L... voulut continuer son service et ne consentit à prendre un congé que sur les instances de sa famille. Il est allé alors à Evian, pour faire une cure de repos. Un jour, il a échappé à la surveillance de son entourage et a été retrouvé à quelques kilomètres dans un demi-mutisme, avec de vagues projets de suicide. On le ramène à l'hôpital militaire, où le médecin chef fait le diagnostic de paralysie générale à marche rapide. Amaigrissement considérable depuis trois mois.

A l'entrée, le malade est complètement désorienté et ne prononce que quelques paroles inintelligibles. Très amaigri, le visage vultueux, l'aspect général est celui de la dépression et de la douleur. Indifférence pour ce qui se passe autour de lui, manque de soins de sa personne.

Physiquement, le malade présente des tendances marquées à la contracture, la démarche est saccadée. Il a du tremblement fibrillaire, un peu de dysarthrie et de l'inégalité des pupilles.

Un traitement mercuriel par injections d'huile grise est

institué et poursuivi régulièrement pendant tout le mois de juillet. Pas d'amélioration : demi-mutisme, idées d'indignité, idées de doute, erreurs de personne, état spasmodique.

En août, le malade est en plein état de catatonie : mutisme, état stuporeux, raideurs musculaires, refus d'aliments.

En septembre, il se produit une légère amélioration du côté physique, mais les phénomènes délirants persistent : les jours n'ont plus leur durée habituelle, on fait semblant de le croire malade et on le fait vivre avec de faux malades ; il est un misérable pour lequel on a trop d'égards, on le nourrit trop bien.

Octobre. — Le malade s'est amélioré peu à peu : il ne reste plus que quelques signes de dépression, il parle et écrit normalement. Sortie d'essai le 30 octobre.

L... a eu une rémission de deux années et a pu gagner un grade supérieur. Peu à peu, il a donné des signes de faiblesse intellectuelle et a été mis en congé. Il meurt deux années plus tard, avec tous les signes de la paralysie générale, d'une congestion avec crises épileptiformes.

OBSERVATION XIV

M..., Jean, trente ans, marchand de bestiaux.

Antécédents. — Père mort à soixante-cinq ans, diabétique ; mère morte d'une affection du foie à cinquante-trois ans. Une sœur bien portante.

Syphilis à vingt ans environ, qu'il a communiquée à sa femme. Elle a eu un accouchement d'un fœtus macéré et un second enfant atteint de luxation congénitale de la hanche.

Pas d'éthylisme, M... n'a fait d'abus de boisson qu'après le début de sa maladie et sous son influence.

La maladie remonterait à deux ou trois ans. M... aurait présenté à plusieurs reprises des périodes d'amai-

grissement avec crises diarrhéiques, frissons, état sub-fébrile et correspondant avec des troubles mentaux : hypocondrie, impulsivité, dipsomanie, délire transitoire. Les phénomènes s'améliorent en quelques semaines, M... se mettait à engraisser et semblait revenir à un état normal.

Le malade est amené à la maison de santé le 5 octobre 1908, en pleine agitation. Son délire est à la fois professionnel et mégalomaniaque : il a acheté, 200, 400, 600 bœufs, possède d'immenses prairies, il a tué des milliers de sangliers, il expédie des wagons dans toutes les directions,

Complètement désorienté, il ne sait pas où il est; la mémoire paraît très touchée, sauf en ce qui concerne les souvenirs anciens.

Parole embarrassée : écriture malpropre, désordonnée, tremblée, lettres et mots sautés, ratures nombreuses. Tremblement massif de la langue; mouvement de trombone; tremblements des doigts. Strabisme externe de l'œil droit; pas de diplopie; pupilles paresseuses et inégales; réflexes exagérés.

Ce malade s'est affaibli très rapidement et a été retiré par sa famille. Il est mort de congestion en mai 1909.

OBSERVATION XV

J..., Elie, quarante-trois ans, maître d'hôtel, entre le 21 mai 1901.

Antécédents. — Père mort d'hémorragie cérébrale; un frère est mort aliéné, après deux années d'internement.

Alcoolisme avéré; syphilis en 1892, mal soignée et communiquée à sa femme. Trois enfants : l'aînée épileptique, née avant la contamination, la deuxième, née après, a eu des accidents méningitiques, le troisième, né en pleine période paralytique, est débile.

Début en 1899, par des malaises gastro-intestinaux avec

amaigrissement considérable. Amélioration de quatre ou cinq mois sans traitement spécifique, puis reprise des mêmes malaises avec fonte graisseuse rapide : étouffements, crises gastriques, angoisse, dépression cérébrale extrême.

J... voit de nombreux spécialistes, qui ont cru voir chez lui, les uns une affection stomacale, les autres des troubles neurasthéniques. Un médecin de ses amis, qui connaissait ses antécédents spécifiques, soupçonna à ce moment le début d'une paralysie générale.

A l'entrée, le malade présente des symptômes d'anxiété très accusés : il étouffe, se plaint de l'estomac, pousse des cris pendant la nuit ; la journée se passe dans un abattement complet. Il est irritable, grognon et garde fréquemment un mutisme complet.

Poids : 61 kilogrammes.

Pas de signes pupillaires nets ; tremblements des doigts et de la langue : parole embarrassée ; réflexes rotuliens exagérés.

Un traitement mercuriel, par injections intra-musculaires de calomel, est institué et poursuivi pendant deux mois avec une période de repos de vingt jours dans l'intervalle de chaque mois.

A la fin de juillet, J... ne se plaint plus de ses sensations d'angoisse, il affirme que sa maladie d'estomac est guérie.

Du reste, il engraisse notablement (65 kil.) et présente de meilleures dispositions d'humeur. L'embarras de la parole et les tremblements persistent. En août, le malade paraissant dans un état de rémission compatible avec la vie familiale, rentre chez lui, où il est resté pendant près d'un année. Dans cet intervalle, il s'est comporté comme un dément paralytique tranquille. Satisfait, puéril et vaniteux, il oubliait ses affaires, le nom de ses clients, se trompait en donnant des ordres et faisait des erreurs de calcul. A partir du mois de janvier, la vie commence

à devenir difficile chez lui : il a de fréquents démêlés avec son personnel, se plaint d'être volé et devient très irritable. On lui fait sans succès de nouvelles injections de calomel. Il est réintégré le 29 avril 1902. Le malade a maigri considérablement ; il est en pleine démence.

En mai, congestion sans paralysie, le malade marche penché sur le côté droit. Amaigrissement de plus en plus rapide et gâtisme.

En octobre apparaît une large escarre au sacrum, qui s'agrandit malgré les bains prolongés et les pansements humides.

En décembre adéno-phlegmon sous-maxillaire, qui est opéré avec succès.

Au début de janvier, le malade en pleine cachexie prend une broncho-pneumonie. On le ramène mourant chez lui, où il succombe le 11 janvier 1903.

OBSERVATION XVI

V..., épouse divorcée, quarante ans, sans profession.

Antécédents. — Rien d'héréditaire. Femme très malheureuse, mariée à un homme débauché et buveur, qui lui a communiqué la syphilis à l'âge de trente ans. Divorce consécutif.

A trente-sept ans, apparaissent les premiers signes de la paralysie générale. Elle devient inquiète, hypocondriaque, irritable ; elle a des défaillances de la mémoire. Elle présente tous les signes somatiques de la paralysie générale : réflexes exagérés, troubles pupillaires, parole embarrassée, tremblements fibrillaires.

Cette malade s'est affaiblie progressivement, sans présenter de délire bien caractéristique. Elle était satisfaite et absolument inconsciente de son état.

Elle a eu trois petits ictus pendant la dernière année de sa maladie. Elle est morte à quarante ans de congestion avec convulsions épileptiformes.

OBSERVATION XVII

C... Francisque, chirurgien-dentiste, trente-cinq ans.

Antécédents. — Enfant naturel, la mère prend des crises et a perdu la mémoire. Un oncle est mort paralytique général en trois ans.

Sobre, mais nerveux et impressionnable, il a toujours montré des bizarreries de caractère. Il a contracté la syphilis par un chalumeau, qui servait à un ouvrier contaminé. La maladie est restée ignorée plusieurs mois; il se marie sur ces entrefaites et a communiqué la syphilis à sa jeune femme. Deux fausses couches au début du mariage.

Le début de la maladie remonte à mai 1901 et a été marqué par un état de dépression avec hypocondrie. La maladie a fait de rapides progrès; en septembre de la même année, le Dr Bouveret, consulté pour des vomissements, a pu faire le diagnostic. En décembre, congestion avec hémiplegie gauche.

A plusieurs reprises, en 1902, il a eu des poussées de méningite avec vomissements, coma, hémiparésie gauche.

A son entrée, le 7 décembre 1902, il a présenté une poussée de méningite comme les précédentes.

L'examen, pratiqué quelques jours après l'entrée, a révélé les symptômes suivants : embarras de la parole, tremblement fibrillaire de la face et des lèvres, tremblement en masse de la langue, exagération des réflexes rotuliens avec clonus du pied des deux côtés.

Au point de vue psychique, pas de délire, mais état de satisfaction marqué, perte de la mémoire.

Le malade a reçu un traitement mercuriel intense par piqûres intramusculaires sans résultat appréciable.

En mars 1903, le malade est tout à fait dément; il est gras et content de tout. Attaque congestive violente en avril avec coma, gâtisme.

Le malade s'est rétabli assez vite et a vécu, pendant huit années, sans autres incidents qu'une attaque congestive en juillet 1905 et une seconde en 1906. En 1910, il est calme, gâteux et satisfait, peut lire encore le journal. A la fin de l'année, volumineux anthrax de la nuque et du dos, dont il guérit complètement.

Mort en juillet 1911 de cachexie paralytique, avec de volumineuses escarres au sacrum.

OBSERVATION XVIII

L..., quarante-deux ans, comptable. Pas d'antécédents vésaniques. Syphilis à vingt-huit ans. Sa femme a été contaminée; elle a eu plusieurs fausses couches, sans pouvoir mener une grossesse à terme. Elle porte sur les tibias des traces de syphilis osseuse.

A son entrée, le malade est en pleine agitation, avec délire mégalomaniacal typique. Il a organisé dans toute l'Europe des écoles de comptabilité, d'après une méthode personnelle, et doit gagner une fortune colossale. Il est content de tout et de tous; chaque jour il signe des chèques sur la Banque de France de plusieurs millions qu'il distribue aux médecins et aux infirmiers.

Les signes physiques de paralysie générale ne sont pas moins évidents : tremblements, troubles de la parole, inégalité des pupilles, réflexes exagérés.

Mort subite par congestion, après cinq mois d'internement.

OBSERVATION XIX (résumée).

Epouse C... trente-trois ans. Syphilis à vingt ans, donnée par le mari : trois fausses couches, pas d'enfant né vivant.

A trente-trois ans, paralysie générale typique.

A trente-six ans, mort par attaque épileptiforme.

Le mari a été interné six ans après sa femme, avec le diagnostic de *paralysie générale fait par un aliéniste*.

OBSERVATION XX

P..., François-Louis, trente-sept ans, docteur en médecine.

Antécédents. — Tare névropathique légère.

P... a toujours été nerveux. A dix ans, rhumatisme poly-articulaire aigu à début méningé, légère endocardite.

Syphilis en 1903 : chancre amygdalien. Dès l'année 1907, troubles nerveux, diplopie passagère et récidive en 1912.

Au début de 1916, violentes douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, blépharoptose, paralysie du voile du palais. Au mois de septembre, il est pris de congestion cérébrale, avec crises épileptiformes, à la suite de laquelle les désordres psychiques se sont manifestés par de l'agitation et un délire expansif.

Entré le 5 septembre 1916, P... est dans un état de violente surexcitation avec mégalomanie, satisfaction. Il s'imagine qu'il est un grand poète, un grand médecin ayant une clientèle uniquement composée de millionnaires.

Au point de vue physique, il présente les signes suivants : abolition des réflexes rotuliens, signes d'Argyll, abaissement de la paupière droite, nasonnement et troubles de la déglutition. Les pupilles sont inégales ; la parole est lente et gênée.

Actuellement (février 1917), le malade est agité, turbulent, malpropre et mégalomane. Son état général est satisfaisant.

OBSERVATION XXI

G..., Antoine-François, vingt-neuf ans, étudiant à la Faculté des Sciences.

Issu d'un père alcoolique et d'une mère nerveuse, G... contracte la syphilis à vingt ans. Quatre ans après, il a présenté des signes de tabes, caractérisé par des douleurs fulgurantes très pénibles dans la vessie, le rectum et l'esto-

mac. A vingt-cinq ans, se manifestèrent les troubles de la locomotion, qui persistent à l'entrée du malade.

L'internement a été motivé par un délire hypocondriaque, avec idées de suppression d'organes, refus d'aliments.

A l'entrée (7 mai 1904), le malade, très amaigri, est dans un état de dépression profonde : il n'a plus d'estomac et refuse de manger, il n'a plus d'urètre, plus d'anús, et fait ses besoins sous lui.

Physiquement, en dehors des symptômes du tabes, G... a la parole embarrassée, les pupilles inégales, du tremblement fibrillaire des muscles de la face et de la langue. Impotence fonctionnelle absolue des membres inférieurs.

Pendant son séjour, le malade a eu quelques moments d'agitation avec délire expansif : il prétendait avoir fait des découvertes en chimie qui devaient l'enrichir rapidement.

Il est mort dans le marasme paralytique, avec des escarres volumineuses, en juin 1905.

OBSERVATION XXII

M..., Fernand, vingt-trois ans, quartier-maître de la marine.

Antécédents. — Rien du côté héréditaire ne nous a été signalé.

Personnellement, M... n'est pas alcoolique et nie tout contage syphilitique. On dit qu'il s'est surmené beaucoup pendant qu'il était attaché au service radiotélégraphique d'un bateau convoyeur. Ictère en 1914.

Le malade, ayant perdu en partie la mémoire, ne peut donner aucun renseignement sur le début de sa maladie. Quand il se présenta à nous pour la première fois, en mars 1916, j'ai noté les symptômes suivants : état de satisfaction, affaiblissement de la mémoire, irritabilité, gêne considérable

de la parole, trémulations fibrillaires, pupilles inégales, exagération des réflexes rotuliens.

Le 18 juillet de la même année, le malade est déprimé et hypocondriaque; mêmes symptômes physiques.

26 septembre. — Après un séjour de deux mois à l'Hôpital Maritime, congé de convalescence. Le jour de son arrivée, il a un vertige, qui s'est accompagné de troubles du langage; il a uriné au lit.

Novembre 1916. — Troubles gastro-intestinaux, faux besoins d'aller à la selle. Dépression profonde avec peur de mourir. Depuis, le malade s'est relevé physiquement; à ma dernière visite, il présentait, avec les signes somatiques habituels de la paralysie générale déjà signalés, un état de satisfaction caractéristique.

OBSERVATION XXIII

T., trente ans, voyageur, entré le 1^{er} octobre 1909.

Antécédents. — Bonne santé dans les ascendants.

Syphilis en 1900, soignée pendant deux ou trois mois.

En 1904, nouvelle poussée d'accidents secondaires.

En 1906, phénomènes tabétiques.

Le malade est délirant depuis deux ans au moins; sa famille l'a gardé autant qu'elle l'a pu. C'est un malade très agité, qui ne reste pas une minute en place; il crie, chante, se met complètement nu. Etat de démence très avancé. Le malade peut à peine parler; il est très émotif.

Physiquement, il présente une inégalité pupillaire nette, du tremblement de la langue, une gêne considérable de la parole. Les réflexes rotuliens sont abolis; le malade est tabétique et marche difficilement.

Le malade s'affaiblit rapidement, devient gâteux et grabataire. Il a eu deux congestions en janvier, avec crises épileptiformes.

Décédé le 21 mars 1910 à la suite d'une série de crises épileptiformes.

OBSERVATION XXIV

F..., Paul, trente ans, avocat, entré le 25 septembre 1899.

Historique. — Syphilis en 1893. Début de la maladie en 1897, par une poussée de méningite avec céphalée, fièvres, vomissements. Au bout de deux mois, le malade paraît guéri et reprend l'exercice de sa profession. Six mois plus tard, récidives de méningite, traitée comme telle par purgatifs, glace sur la tête. L'amélioration, cette fois, vient plus lentement et se fit moins complète. Malgré quelques défaillances de la mémoire et un peu de difficulté de l'élocution, il put reprendre néanmoins ses occupations sans attirer l'attention sur lui.

En août 1898, nouvelle poussée de méningito-encéphalite avec vomissements, fièvre, délire, qui fut suivie d'un fléchissement notable des forces et de l'intelligence. Le malade cesse tout travail, mais peut vivre en liberté. Il a maigri beaucoup, la parole est très embarrassée, état mégalomaniaque.

En septembre 1899, le malade a une quatrième poussée de méningo-encéphalite, s'accompagnant comme précédemment de fièvre, vomissements, céphalée, mais qui le laisse dément.

A l'entrée, le malade donne l'impression d'une paralysie générale. Il est gros mangeur, très adipeux et satisfait. Des idées ambitieuses très nettes se montrent par moments. Il a tous les signes physiques de la maladie.

En mars 1900, attaques congestives avec coma et secousses épileptoïdes. A partir de ce moment, le malade est devenu excité et délirant. Il parle continuellement, s'adressant à des êtres imaginaires, parfois il se précipite en criant : « Tue, tue, une balle au cœur. »

Le malade est allé en s'affaiblissant de plus en plus ; à plusieurs reprises, il a eu des attaques congestives avec convulsions épileptoïdes. Finalement, il est mort de con-

gestion, après être resté sept jours dans un coma, interrompu par des attaques épileptiformes, le 17 octobre 1901.

OBSERVATION XXV

G..., avoué, trente-trois ans.

Antécédents. — Père déséquilibré. Lui-même avait toutes les apparences d'un dégénéré : timide, bègue, débile.

Syphilis en 1892. A un enfant malingre.

Début de paralysie générale en 1897, par des accès migraineux fréquents, de l'apathie intellectuelle, de la dépression avec hypocondrie. Les troubles de la mémoire ne vinrent que beaucoup plus tard.

En 1899, le malade se comporte comme un grand enfant satisfait ; il passe son temps à courir les églises, où il reste des heures entières en contemplation et en prière. N'a jamais eu le délire mégalomane typique. La mémoire est abolie.

Il présente tous les signes physiques de la paralysie générale : parole lente, incompréhensible, tremblements, inégalités pupillaires.

En 1900, le malade est devenu gâteux et grabataire ; il meurt à la fin de l'année de marasme paralytique. Il n'a jamais été interné.

OBSERVATION XXVI

M. G..., quarante-sept ans, rentier, entré le 16 janvier 1902.

Il n'a pas d'antécédents vésaniques ; très intelligent, avait produit des travaux littéraires estimés.

En 1890, perte de sa femme et peu de temps après de son unique enfant. La même année, syphilis contractée en Algérie chez un barbier arabe : chancre de la joue, qui aurait été pris pour un bouton de Biskra et soigné comme tel. Le traitement spécifique n'a été institué que six mois après. Pas d'alcoolisme.

Deux ans après (1892), premiers signes tabétiques ; en 1894, douleurs fulgurantes, paralysie du moteur oculaire commun, rétention d'urines. Traitement mixte sans résultat. Les premiers signes de la paralysie générale remontent à juin 1901 et se sont manifestés par une excitation considérable, des inconséquences, des achats inconsidérés, un manque de tenue dans le monde.

A l'entrée, le malade présente un délire hallucinatoire très violent. Il voit des gens qui le menacent de le tuer et cherche à se défendre, pousse des cris perçants. Refus d'aliments par crainte d'être empoisonné. Pas de température.

Physiquement, le malade est dans un état de maigreur considérable. Il présente, en outre des signes du tabes, de l'inégalité des pupilles et de l'embarras de la parole.

Au bout de deux mois, le malade s'est calmé, il a beaucoup engraisé ; il est en pleine démence. Hallucination de la vue : voit son frère, menace de le tuer et crie en visant : poum-poum.

Jusqu'à sa mort, le malade est resté dans le même état. Il a eu quelques troubles urinaires et de l'ictère.

Mort à la suite d'une série d'attaques épileptiformes, le 30 décembre 1902.

OBSERVATION XXVII

M..., trente-sept ans, notaire, entré le 24 avril 1911.

Pas d'antécédents vésaniques connus. Bonne santé habituelles. Syphilis en 1900 ; marié en 1907 ; deux fausses couches ; pas d'enfant.

Le malade entre avec le diagnostic de paralysie générale, fait par un médecin des hôpitaux de Lyon. Les troubles actuels remontent à plusieurs mois, et ont commencé par un état dépressif très net, avec inaptitude complète au travail. M... dit qu'il est perdu, que sa maladie est un désastre pour toute sa famille, qu'il ne pourra jamais plus s'occuper de son étude, dont la vente ruinera les siens. Il

sera toujours un incapable; c'est la syphilis qui l'a conduit à cette extrémité.

En plus, il a de la peine à rassembler ses idées, il a perdu le souvenir d'un certain nombre de choses primordiales. Il est négativique, ne veut pas tirer la langue et ne répond qu'après des questions plusieurs fois répétées. Il s'alimente difficilement et reste des heures sans prononcer une parole.

A l'examen physique, difficultés de la parole, tremblements fibrillaires, réflexes rotuliens exagérés, inégalité et raideur des pupilles, déformation de l'iris.

En mai, état de stupeur avec catatonie, négativisme, refus d'aliments, stéréotypies, malpropreté, gâtisme. Accès d'agitation brusque, pendant lesquels le malade déchire ses vêtements, crie, chante, se montre halluciné, dit qu'on lui coupe les lèvres, qu'on lui arrache l'estomac.

En juin, même état : alternance de dépression avec stupeur catatonique et d'agitation bruyante.

En septembre, le malade a été transféré dans un asile d'aliénés à Paris, où il est mort de paralysie générale.

OBSERVATION XXXVIII

M..., Joannès, industriel, cinquante-huit ans.

Antécédents. — Rien de précis sur l'hérédité. Veuf depuis longtemps, il a mené jusqu'à son internement la vie de jeune homme et a fait des excès de tout genre. Il a contracté la syphilis à l'âge de cinquante-quatre ans et a été soigné par un spécialiste distingué.

A son entrée, le 19 mars 1902, M... était dans un état d'agitation violente, parlant constamment, chantant à tue-tête, en même temps, il présentait un délire de grandeur bien caractéristique : il était ministre du commerce et candidat à la présidence de la République.

Physiquement, M... avait tous les signes de la paralysie

générale : embarras de la parole, tremblements, phénomènes pupillaires, exagération des réflexes.

Après une période d'agitation de cinq à six semaines, l'agitation est tombée et a fait place à un état de dépression considérable. Le malade pleurait constamment, disait qu'il était mort et demandait à être enterré. Enfin il tomba en démence, devint gâteux et mourut un an après son entrée, de congestion.

OBSERVATION XXIX

D..., cinquante-six ans, docteur en médecine.

Antécédents. — Syphilis à vingt-quatre ans, pendant les études médicales (renseignement fourni par un camarade d'internat), a été traité selon toute vraisemblance.

Bizarre de caractère et buveur, D... a fourni une carrière très active.

Début de la maladie à cinquante-quatre ans, par des troubles de la mémoire et un affaissement général. Il a présenté très nettement le syndrome paralytique : embarras de la parole, tel qu'il ne pouvait pas se faire comprendre, inégalité des pupilles, tremblements fibrillaires, exagération de réflexes. Satisfait, mais peu délirant. En somme, paralysie générale à forme démentielle, qui s'est terminée par une attaque congestive deux ans et demi après l'apparition des premiers symptômes.

OBSERVATION XXX

G..., Jean, soixante-cinq ans, voyageur de commerce.

Pas d'hérédité vésanique.

Le malade a eu autrefois la syphilis. Depuis fort longtemps, il présente des signes de tabes sans invalidité : démarche saccadée et frappant du talon, douleurs fulgurantes, fréquentes et prolongées.

Les accidents qui ont motivé l'internement ont apparu il y a environ six mois. Le malade, turbulent, agité,

désorganisait complètement sa propriété et se livrait à des achats inconsidérés.

A son entrée, le 16 décembre 1911, le malade donne des signes évidents de faiblesse intellectuelle. La mémoire, l'attention, l'association des idées ont sombré. Le malade ignore complètement où il est, il demande à chaque instant à son infirmier de partir à son usine, à Villefranche, où il n'a plus d'intérêts depuis fort longtemps. Il emploie une partie de son temps à faire d'interminables réussites. Parfois, il interpelle les personnes de son entourage sur un ton de commandement. Il est satisfait de tout et prétend qu'il est un grand personnage fort riche; il fait pendant des heures le décompte de sa fortune.

Physiquement, le malade est encore vigoureux; il présente quelques troubles de la locomotion d'origine tabétique. Les signes somatiques de la paralysie générale sont très nets : dysarthrie considérable, tremblements, troubles oculo-pupillaires.

Le malade a baissé rapidement et est devenu gâteux. Il est décédé en deux jours de crises épileptiformes subintrantes au commencement de 1913.

OBSERVATION XXXI

C..., Charles, soixante-dix ans, négociant.

Pas d'antécédents héréditaires. Une de ses sœurs est tabétique.

Ce malade a eu la syphilis à trente-six ans; il n'a jamais été soigné et n'a jamais pris de mercure. A quarante ans, il présente les premiers signes d'un tabes, qui ne l'a jamais arrêté et qui est resté ignoré de lui jusqu'à l'âge de cinquante-huit ans. A cette époque, il vint consulter un médecin pour des prétendus rhumatismes qui, en réalité, étaient des douleurs tabétiques. Du reste, l'examen ne pouvait laisser subsister aucun doute à ce sujet. Le malade marchait d'une façon spéciale, frappant du talon, ses

réflexes rotuliens étaient abolis, la station debout était impossible après l'occlusion des yeux; les pupilles punctiformes ne réagissaient plus à la lumière; le nez, le front, la partie supérieure de la face étaient absolument insensibles. Larmolement et écoulement nasal sans répit.

C... est resté dans cet état jusqu'à soixante-neuf ans. Vigoureux, valide et supportant sans défaillance des douleurs fulgurantes excessivement pénibles. C'est à ce moment qu'il devient inquiet au sujet de sa santé, déprimé, pleurnicheur, en même temps que se manifestaient des troubles profonds de la mémoire.

A soixante-dix ans, il fut pris brusquement d'un accès de violente agitation avec certaines idées de grandeur. Sa crise passée, on remarque chez lui des troubles de l'élocution, du tremblement fibrillaire des muscles de la face et l'inégalité des pupilles. Il mourut après un mois d'internement à la suite d'une série de crises épileptiformes.

OBSERVATION XXXII

K..., cinquante-huit ans, ancien contrôleur d'armes.

Antécédents. — Pas d'antécédents vésaniques. Quelques excès de boisson; syphilis à l'âge de quarante-six ans, bien traitée.

Les accidents cérébraux ont apparu, il y a deux ans, dix ans après la contamination, sous forme d'absences courtes, de difficultés de l'élocution, de troubles de la mémoire. Il y a un an, ictus avec perte de connaissance, qui a nécessité le transfert dans une maison de santé. Après un traitement mercuriel intensif, retour relatif à la santé. Dans la nuit du 16 au 17 novembre 1911, ictus avec paralysie gauche rapide.

Entré le 27 novembre 1911.

Au point de vue intellectuel, le malade est dans un état d'affaiblissement avancé. Amnésie considérable et désorientation complète : le malade ne sait pas son âge, l'année; il

ne sait pas non plus où il est, il ne se rend pas compte de son état.

Au point de vue physique, le malade n'a rien au cœur, ni aux poumons; ses urines sont normales. Par contre, il présente nettement les signes physiques de la paralysie générale : dysarthrie, tremblement de la langue, des muscles de la face et des doigts; pupilles inégales et paresseuses, réflexes rotuliens exagérés.

Septembre, 1912. — Le malade baisse rapidement et présente quelques signes de faiblesse cardiaque. Il meurt en janvier 1913, à la suite d'une série d'attaques épileptiformes.

OBSERVATION XXXIII

M..., Simon-Victor, cinquante-cinq ans, expert géomètre.

Antécédents. — Pas de renseignements sur l'hérédité. Syphilis à l'âge de vingt ans. A cette époque, troubles délirants ayant duré un mois et demi à deux mois.

M... s'est marié tardivement à trente-sept ans, après avoir beaucoup hésité en raison de ses antécédents spécifiques. Deux enfants, l'un mort en bas âge, l'autre est bien portant.

A cinquante-quatre ans, vertiges, éblouissements, quelques défaillances de la mémoire, puis attaque congestive avec paralysie gauche légère, à la suite de laquelle le malade est devenu agité et délirant. On est obligé de l'interner le 25 juin 1912 avec le diagnostic de paralysie générale.

A son entrée, le malade paraît être dans un état de démence confirmée. Il manifeste, avec de la satisfaction, un délire mégalomaniacque caractéristique. Il construit des mondes, arrête le soleil, commande l'Etre suprême.

Les troubles physiques sont aussi très nets : M..., a du tremblement des extrémités, de la face, des lèvres et de la

langue; la parole est embarrassée, les pupilles sont inégales et paresseuses. Cœur faible avec arythmie.

Pendant les deux ans passés à l'établissement, il a présenté alternativement des accès de dépression avec larmes, désespoirs faciles, idées de négation et des périodes d'agitation avec euphorie et délire ambitieux.

A la fin de 1903, les troubles cardiaques se sont accentués et se sont accompagnés d'œdèmes et d'albuminurie. Il est mort, en quelques heures, d'œdème aigu du poumon.

OBSERVATION XXXIV (résumée).

C..., Louis, cinquante ans, entrepreneur.

Alcoolique. Un frère aliéné; lui-même est goitreux.

Tabes à quarante ans, diagnostiqué par le professeur Teysier. Le malade a nié, à ce moment et pendant les dix années qui suivirent, toute contamination antérieure.

A quarante-huit ans, paralysie générale typique et mort à cinquante ans d'attaques épileptiformes en série.

Quelques mois après la mort de ce malade, on a eu, par un médecin de pays, le renseignement suivant :

C..., à l'âge de vingt-cinq ans, avec deux autres de ses camarades, avait pris la syphilis d'une artiste foraine. Un des camarades était mort cinq ans auparavant de la paralysie générale.

OBSERVATION XXXV (résumée).

X..., cinquante-deux ans, négociant, mai 1900.

Pas d'hérédité connue. Ancien syphilitique, le malade en a fait l'aveu avant qu'il ne soit paralytique; il a fait abus des boissons alcooliques pendant vingt ans.

Depuis six ans, le malade est atteint de sclérose latérale avec amyotrophie; démarche sautillante, réflexes très brusques, très exagérés, avec clonus des deux pieds.

Ce malade a été pris brusquement de troubles cérébraux caractérisés par une agitation excessive et un délire méga-

lomaniaque typique. Après un mois d'excitation, il est tombé en dépression et est devenu hypocondriaque. On s'est aperçu alors que sa parole était très embarrassée et que ses pupilles étaient inégales.

Le malade est devenu rapidement gâteux ; il est mort d'une attaque épileptiforme en décembre 1900.

OBSERVATION XXXVI

C... Claudine, quarante et un ans, sans profession, entrée le 16 octobre 1902.

Antécédents. — Pas de renseignements au point de vue héréditaire.

La malade, au dire du mari, avait eu la syphilis avant son mariage, il y a plus de vingt ans. Du reste, vie irrégulière avant le mariage, qui est une situation régularisée.

Début en 1901, par un ictus avec aphasie transitoire, qui a laissé un trouble permanent du langage.

A l'entrée, délire mégalomaniaque typique et agitation. Trouble de la parole, inégalité des pupilles, tremblement, exagération des réflexes et clonus du pied.

La malade a vécu trois années en passant par des phases alternatives d'excitation avec satisfaction et mégalomanie et de dépression avec idées de ruine, de mort, de suppression d'organes. Elle s'est amaigrie progressivement au point de devenir un véritable squelette ; elle était complètement contracturée, les ongles pénétrant dans la paume des mains, attitude en chien de fusil.

Devenue complètement gâteuse, elle est morte dans le marasme couverte d'escarres en mai 1905.

OBSERVATION XXXVII

De M... Gaëtan, trente-sept ans, entré le 7 décembre 1900.

Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires.

Syphilis en 1891, traitée par le professeur Fournier, depuis le chancre initial jusque et pendant la paralysie générale.

A l'entrée, le malade est en plein état de démence. Il est complètement désorienté et amnésique; il ne peut fournir aucun renseignement. Du reste, la parole est tellement embarrassée qu'il est presque impossible de reconnaître les mots qu'il essaie de prononcer. Ses pupilles sont inégales; tous ses muscles sont animés de trémulations fibrillaires. Gâtisme.

Il est mort trois mois après d'une congestion.

OBSERVATION XXXVIII

B..., soixante-deux ans, garçon de recettes.

Pas d'antécédents héréditaires vésaniques.

Issu d'un père alcoolique, il est buveur lui-même et s'est toujours montré de caractère difficile, sombre et taciturne. Il était coureur de femmes depuis sa jeunesse.

A cinquante ans, il contracte une syphilis, qui a été constatée et soignée sans interruption par le médecin qui nous a fourni cette observation, à partir du chancre initial jusqu'à sa mort. Il a été mercurialisé d'une façon intensive.

La syphilis a été des plus graves et marquée par des accidents cutanés excessivement rebelles.

Les premiers troubles nerveux ont apparu six ans après le contage et se sont manifestés par des modifications du caractère, des douleurs dans les membres et des troubles de la vue. A cinquante-huit ans, B... présentait tous les signes du tabes et une neuro-rétinite.

A soixante ans, B... montre une dépression considérable avec hypocondrie pleurs, désespoir, qui a duré trois mois. Brusquement, il a changé d'allure et a déclaré qu'il était guéri, qu'il était devenu très vigoureux. Il est érotique, veut se marier avec une riche héritière et mener la vie de grand seigneur. Il a rajeuni, il est beau et séduisant.

En même temps apparaissent nettement les signes physiques de la paralysie générale, au cours de laquelle il eut trois ou quatre congestions.

Il mourut, dix ans après avoir contracté la syphilis, gâteux et couvert d'escarres.

OBSERVATION XXXIX

M..., cafetier, quarante-neuf ans, entre le 10 avril 1901.
Antécédents. — On ne sait rien sur son hérédité.

Alcoolisme datant de vingt ans. Syphilis en 1895. Le malade a été traité soigneusement dès le premier accident spécifique jusqu'au début de sa paralysie générale par le D^r Cuilleret, chef de clinique de l'Antiquaille.

Les premiers symptômes ont apparu deux ans après la contamination et se sont manifestés par de la dépression avec craintes de la maladie et de la mort. Rémission d'un an en 1898.

A son entrée, le malade est en pleine agitation. Délire de richesse; il dit que son commerce lui a rapporté des millions et qu'il va monter un grand établissement à Paris.

Les signes somatiques sont très nets : les pupilles sont inégales et ne réagissent pas à la lumière, la parole est incompréhensible, les muscles de la face et des lèvres montrent des trémulations fibrillaires. Tremblements marqués des extrémités digitales.

Le malade a trois congestions dans le courant de l'année; il est mort brusquement en février 1902 d'une dernière attaque.

OBSERVATION XL

P..., capitaine du génie, trente-six ans, entré le 19 décembre 1916.

Antécédents. — Pas d'antécédents héréditaires.

Garçon sérieux, rangé, très intelligent, a eu le malheur de prendre la syphilis en décembre 1905; s'est bien soigné,

en suivant à la lettre les conseils d'un spécialiste distingué. qui lui a permis le mariage après cinq ans d'un traitement scrupuleux. Deux enfants vivants, un est né avant terme.

En 1913, à la suite d'un surmenage intellectuel excessif, P... a donné les premiers signes de défaillance intellectuelle. En 1914, son service le conduit dans la zone des armées; la vie au grand air l'améliore au point qu'il se croyait guéri. En septembre 1915, il est évacué sur un hôpital de l'arrière avec le diagnostic d'asthénie nerveuse, amnésie.

A l'entrée, le malade est tranquille et semble se rendre compte de son état. Il est triste, déprimé, avec des tendances hypocondriaques bien nettes. Il est préoccupé d'entendre pendant la nuit des battements dans la tête et dans le thorax; il compte son pouls plusieurs fois par jour. Par moments, au contraire, il devient satisfait et croit qu'il est guéri. Puérilités.

Les signes somatiques ne laissent aucun doute sur la paralysie générale. Il a un embarras de la parole assez prononcé, du tremblement des muscles de la face, de la langue; les pupilles sont inégales et paresseuses, les réflexes rotuliens sont exagérés.

OBSERVATION LXI

L..., Ulysse, cinquante ans, ingénieur, entré le 7 septembre 1900.

Père et mère morts à un âge avancé. Grand'mère maternelle morte aliénée et internée.

Syphilis en 1873, traitée à son début par Diday. Le traitement spécifique n'a jamais été complètement abandonné.

Début des accidents nerveux en 1890, par des douleurs fulgurantes à intensité croissante. A partir de ce moment, le malade s'est soumis à un traitement méthodique qu'il n'a interrompu que le jour où, pris d'excitation et de délire de grandeur, il a perdu conscience de son état et a proclamé sa guérison. Non seulement il suivait docilement sa cure

médicamenteuse, mais il observait les règles d'une hygiène rigoureuse. Il ne buvait jamais, se couchait de bonne heure et refusait les travaux trop pénibles.

Des renseignements fournis par ses collaborateurs, il résulte que, depuis cinq à six ans, L... ne remplissait plus effectivement ses fonctions d'ingénieur. Ses collègues étaient obligés de le surveiller, car il commettait des erreurs fréquentes ou se livrait à des conceptions excentriques. Du reste, en 1897, il eut un petit ictus, à la suite duquel toute application devint impossible pour lui.

A son entrée, L... est dans un état d'agitation notable et manifeste, a un délire mégalomane caractéristique. Il nous présente une quantité de cartes géographiques, d'après une conception personnelle, il veut reconstituer le Service de la cartographie; en même temps, il se dit absolument guéri, que non seulement il a retrouvé toute son intelligence, mais que ses facultés ont pris un nouvel essor. Il fait des efforts pour démontrer aux médecins qu'il est absolument sain d'esprit. Il va jusqu'à dire qu'il s'est fait interner intentionnellement pour se livrer à l'étude de la psychiatrie.

Au point de vue somatique, en plus des symptômes tabétiques, il présente les signes de la paralysie générale : pupilles inégales et sans réaction lumineuse, tremblements, troubles de la parole.

Pendant les trois mois qu'il a passés à l'établissement, ce malade a reçu en deux séries de quinze jours espacées d'un mois trente piqûres intramusculaires de calomel.

Il a été transféré à l'asile de Bron, le 5 octobre 1901, où il a résisté assez longtemps.

OBSERVATION XLII

M..., Jean-François, quarante-quatre ans, entré le 3 août 1909

Antécédents. — Hérité vésanique du côté paternel. Syphilis à vingt-six ans, qui a été soignée de façon précoce,

régulière et plutôt intensive. Il se faisait faire des injections d'huile grise, sur les conseils du professeur Fournier, qu'il allait consulter de temps en temps. Il y a six ans, chute de cheval sur la tête.

Les troubles mentaux remontent à une année environ, mais se manifestent plus nettement depuis un mois. Il a des idées d'empoisonnement et accuse ses domestiques et sa mère de l'avoir rendu malade.

Il a été amené ici à la suite de scènes de violence en ville, qui ont nécessité l'intervention de la police.

A l'entrée, M... est très agité et très violent : délire incohérent de persécution et de grandeur. Il est très riche ; on veut l'empoisonner pour le dépouiller ; on veut l'empêcher de se marier.

Il existe des signes physiques de paralysie générale : parole hésitante et embarrassée, pupilles inégales et rigides, léger tremblement de la langue et des doigts, réflexes rotuliens brusques.

Pendant toute la durée de sa maladie, M... a passé par des périodes successives d'agitation, de dépression et de calme relatif. Tour à tour il était persécuté, hypocondriaque et satisfait.

En juin 1910, attaque congestive, hémiplegie gauche totale, avec contractures et escarre volumineuse du sacrum, qui a mis plusieurs mois pour se cicatriser.

Mort le 2 octobre 1911 par attaque épileptiforme.

OBSERVATION XLIII (résumée).

R..., quarante ans, cultivateur, entré le 5 octobre 1910.

Antécédents. — On ne sait rien de ses antécédents vésaniques. Par contre, on signale quelques abus de boisson : la syphilis est niée par le malade et son entourage. Pourtant, par la suite, nous avons appris que le malade, dans sa jeunesse, avait été mineur à Saint-Etienne, où la syphilis est fréquente ; que, d'autre part, à vingt-trois ans, il a fait un

séjour à l'hôpital de cette ville, où il avait été soigné par le Dr F..., chargé du Service des vénériens. Lui-même, dans un accès de dépression, disait qu'il était la victime de son inconduite, qu'il était pourri par la vérole, etc.

A l'entrée, le malade présentait tous les signes de la paralysie générale; délire des grandeurs et signes somatiques. Il est mort en démence d'une série d'attaques épileptiformes, au commencement de 1912.

OBSERVATION XLIV

C..., Jean, quarante-deux ans, industriel.

Pas de tare héréditaire. Syphilis à vingt-huit ans, bien soignée par le Dr Diday.

En 1906, en revenant d'une partie de plaisir, C... fait une chute de bicyclette sur la tête. Le choc fut si violent qu'il perdit connaissance et resta quelques heures dans un état voisin du coma. Pas de signes de fractures du crâne. Du reste, le malade se rétablit rapidement et put reprendre ses affaires deux ou trois jours après son accident. Il lui était resté de sa commotion cérébrale un peu de céphalée persistante, de l'abattement avec idées noires. On crut à un peu de neurasthénie et on prescrivit le repos à la campagne.

Le malade paraissait complètement rétabli, après un éloignement des affaires de trois mois, lorsqu'il fut pris brusquement d'un petit ictus pendant qu'il se rendait à ses ateliers. A partir de ce moment, apparurent des signes très nets d'impuissance cérébrale avec amnésie, émotivité considérable, larmes faciles. En même temps, l'examen dénota chez lui de la dysarthrie, de l'inégalité des pupilles, quelques tremblements fibrillaires.

Malgré un traitement spécifique énergique, les symptômes prirent de telles proportions que le malade dut être interné. Il est mort au bout d'un an, après une série d'attaques épileptiformes; il était en plein état de démence.

OBSERVATION XLV

Th..., trente-neuf ans, employé du chemin de fer.

Antécédents. — Le père est mort d'une attaque à quarante-quatre ans. Excès vénériens et quelques abus de boissons ; syphilis à vingt-cinq ans. Sa femme, au début du mariage, aurait eu deux fausses couches et un enfant venu avant terme et macéré. Un quatrième enfant est débile et nerveux.

La veille du 1^{er} janvier 1895, Th... est tombé sur la tête d'un wagon en marche. Perte de connaissance et saignements de nez ; pas de fracture.

Le malade qui, avant l'accident, se montrait très surexcité et irritable, devient triste, déprimé et taciturne. Il est constamment agité d'un tremblement nerveux, et, quand on lui adresse la parole, il sursaute et paraît effrayé. Il tient les yeux clos, grimace et grince des dents. Céphalée persistante, amaigrissement considérable.

Vers le milieu de juin, alors que tout faisait croire à des accidents nerveux traumatiques, il est pris brusquement d'agitation avec délire expansif, état de satisfaction. On s'aperçoit alors que sa mémoire est notablement diminuée et qu'il présente les signes physiques de la paralysie générale : embarras de la parole, inégalité des pupilles, tremblement fibrillaires et exagération des réflexes.

Ce malade a marché rapidement à la démence. A la fin de 1895, il était gâteux. Il eut deux attaques congestives en janvier et en avril 1896. Il est mort dans le marasme paralytique avec des escarres au sacrum en juin de la même année.

OBSERVATION XLVI

Femme S..., quarante ans, sans profession.

Antécédents. — Tare héréditaire lourde : mère démente, une sœur aliénée, une autre a des troubles névropathiques graves.

Syphilis très probable : vie irrégulière, devient la maîtresse, puis la femme d'un officier syphilitique. Deux fausses couches; un enfant vivant âgé de trois ans.

S... vient de l'Amérique du Sud le 22 décembre 1892 pour se faire opérer d'un fibrome utérin. L'opération, pratiquée par le D^r Gouilloud, a été compliquée d'une hémorragie épouvantable, qui a nécessité une seconde laparotomie au lendemain de l'intervention. Convalescence longue.

A peine rentrée dans sa famille, elle est prise de douleurs violentes dans le rectum. Quand elle est rétablie, elle présente des troubles de la locomotion qu'on prend pour de la faiblesse post-opératoire. Quelques jours après, un examen plus attentif fait découvrir tous les signes du tabes : Westphall, Romberg, Argyll, etc.

La malade fut très améliorée par un traitement mercuriel intensif et put retourner en Amérique.

Elle est morte en 1907 de paralysie générale. (Renseignements fournis par le médecin.)

OBSERVATION XLVII

G..., Léon, trente-sept ans, négociant, entré le 7 juillet 1902.

Antécédents. — Père et mère cousins germains; tous deux vivants, le père atteint de neuro-rétinite.

Syphilis en 1891. G... se marie six ans après et a deux enfants nés à terme, le dernier n'a pas un an. Habitudes d'intempérance.

La veille de Noël 1900, il fait une chute dans sa cave, qui parut sans gravité. Dès le lendemain, on constate de la faiblesse des membres inférieurs et, bientôt après, de l'incoordination et des douleurs fulgurantes en ceinture et dans les jambes. Un médecin du pays fait le diagnostic de tabes et envoie le malade à Lamalou, où il fit un traitement de deux mois sans résultats bien appréciables.

En juillet 1902, l'ataxie ayant fait des progrès inquié-

tants, G. . retourne à Lamalou, où il est pris brusquement d'agitation, avec délire mégalo-maniaque.

A l'entrée, violente excitation avec satisfaction, délire d'énormité, érotisme. Il présente, en outre, tous les signes du tabes sensitif : abolition des réflexes, douleurs fulgurantes, ténésme rectal, difficultés de la miction, démarche caractéristique. Les pupilles, rétrécies et inégales, ne réagissent pas à la lumière ; léger embarras de la parole. Un traitement mercuriel intensif par injection intramusculaires n'amène aucune amélioration.

Au bout d'un an, le malade est en pleine démence, avec des périodes alternatives d'agitation avec mégalo-manie et de dépression avec idées de négation, de suppression d'organes. En août, la situation s'aggrave ; le malade dit qu'il n'a plus de bouche, plus d'estomac, et refuse les aliments.

Il meurt dans le marasme avec de volumineuses escarres, le 28 septembre 1903.

OBSERVATION XLIII

B... , Joseph, cinquante-cinq ans, comptable.

Antécédents. — Pas d'hérédité vésanique.

Pas de renseignements au sujet de la syphilis. Il est bon de noter qu'il a vécu en célibataire pendant de longues années, sa femme étant aliénée et internée. Après la mort de celle-ci, il a épousé une jeune femme de trente ans moins âgé que lui et dont il a eu un enfant. Pas d'alcoolisme.

B... a travaillé jusqu'au jour de son accident. Pourtant il présentait des troubles légers, des distractions, des défaillances de la mémoire mis sur le compte du surmenage.

13 novembre 1910. — B... , en se promenant, reçut sur la tête une voiture de réclame poussée par le vent. Il est resté étourdi sous le coup. Après un pansement sommaire, il a été ramené chez lui et a pu monter lui-même ses trois étages. Le malade s'est mis de suite à délirer, et le lende-

main il était conduit à l'hôpital Saint-Joseph, car il avait pris une paralysie de tout le côté gauche; il était dans le coma quand on l'a opéré. Trépanation faite par le Dr Rafin. Le lendemain, 15 novembre, il peut parler; la paralysie se dissipe en moins de huit jours.

Rentré chez lui au bout d'un mois, le malade ne tarde pas à devenir agité, incapable de tenir en place. Il veut sortir et se perd dans la rue. Jour et nuit, il se promène dans son appartement, ne sachant ni ce qu'il veut, ni où il veut aller. On le fait interner le 9 janvier 1911.

A son entrée, l'examen somatique ne révèle rien d'anormal au cœur, ni aux poumons. Les urines sont normales. Bon appétit.

Par contre, B... présente des signes de paralysie générale. Les pupilles sont inégales et paresseuses, la parole est embarrassée, il a du tremblement des extrémités digitales et des muscles de la face. Le malade est porteur dans la région temporo-pariétale droite d'une large plaie de 10 centimètres environ, provenant de la trépanation, qui suppure abondamment et laisse percevoir les battements céphaliques. Par cette plaie s'éliminent des séquestres osseux.

Au point de vue mental, B... est tranquille et satisfait. Il accomplit automatiquement tous les ordres qui lui sont donnés, sans discuter. Il répète ce qu'il voit faire et chante les mêmes chansons que les autres malades. La nuit, il ne fait pas de bruit, mais il se lève, va et vient, se perd dans sa chambre et enlève son pansement.

Quelques mois après son entrée, l'état démentiel va en en augmentant; le malade ne sait plus lire, ni écrire. Il est mort de congestion après un an et demi d'internement.

OBSERVATION XLIX

G... Félicien, conducteur de tramway, quarante-quatre ans, veuf, vit en concubinage avec une femme plus âgée que lui. Entré le 22 mai 1902.

Antécédents. — Père et mère morts jeunes. On ne sait rien sur ses antécédents vésaniques. Pas d'alcoolisme; le malade nie la syphilis.

A la suite de difficultés avec un de ses chefs, G... est entré dans une violente colère et a essayé de lui faire un mauvais parti. Ayant échoué dans sa tentative, sa colère s'en accrût et il se mit à délirer. Il parlait de ses richesses, de ses décorations, de sa puissance qu'il veut employer à ruiner la Compagnie. Après une journée d'accalmie, il a été repris d'une agitation violente, se mettait nu et poussait des cris à la fenêtre. Il a essayé de violenter la fille de la femme avec laquelle il vivait. Ce sont ces faits qui ont motivé son internement.

A l'entrée, même délire mégalomaniac.

Au point de vue physique, on constate chez G... une perforation de la voûte palatine, qui s'est produite, il y a une dizaine d'années, et qui semble d'origine syphilitique. Les membres inférieurs variqueux sont couverts d'eczémas. Le malade présente, en outre, un léger embarras de la parole et de l'inégalité pupillaire. Souffle systolique à la pointe du cœur.

En 1885, le malade est très affaibli; il a toujours des idées de grandeur. Les signes physiques de la paralysie générale se sont accentués.

En 1886, le malade est nettement dément; il a de temps en temps des bouffées orgueilleuses; tous les signes physiques persistent.

En avril, état fébrile, toux, le malade maigrit. Tuberculose osseuse du fémur. Mort le 26 octobre, en état de cachexie.

Autopsie. — Lésions de méningo-encéphalite, surtout aux lobes antérieurs. Caverne au sommet du poumon droit. Les grand et petit trochanters gauches sont détruits en partie par le processus tuberculeux.

OBSERVATION L

R... Jean-Marie, quarante et un ans, charpentier.

Antécédents. — On ne sait rien sur l'hérédité. Alcoolisme avéré. Le malade aurait eu la syphilis; il présente une cicatrice du gland; il a de l'ichtyose généralisée.

B... entre le 18 septembre 1883, avec diagnostic de manie aiguë. Le certificat de vingt-quatre heures (D^r Max Simon) porte : Manie alcoolique caractérisée par de l'incohérence dans les idées et les actes, hallucinations psychiques de la vue et de l'ouïe. Impulsions irrésistibles.

Pendant les années 1884 et 1885, le malade s'est, en effet, comporté comme un alcoolique chronique. Il avait des hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe, qui lui donnaient des impulsions dangereuses.

Vers la fin de l'année 1885, le malade change complètement d'allure. B... devient satisfait et mégalomane. Après une période d'agitation violente, il donne des signes très nets de démence. En plus, il a un embarras marqué de la parole, du tremblement de la langue, des lèvres et des extrémités digitales; les pupilles sont inégales, celles de droite est très élargie, l'autre est punctiforme. Il est atteint d'insuffisance mitrale.

En septembre 1886, il est atteint de congestion cérébrale et de parésie gauche, convulsion épileptiforme. Le 3 octobre, il meurt à la suite d'une nouvelle congestion.

Autopsie. — Boîte crânienne : dépression pariétale gauche faisant saillie à l'intérieur de la boîte crânienne et produisant un enfoncement sur la partie correspondante de l'encéphale. Dure-mère épaissie et adhérente à la pie-mère, surtout dans les zones fronto-pariétales. Méningite circonscrite au niveau de la dépression signalée plus haut. Hyperémie très marquée à la base.

Cœur. — Orifices aortiques et pulmonaires intacts; valvule mitrale épaissie et insuffisante. Myocarde graisseux.

Poumons. — Granulations tuberculeuses aux deux

sommets; deux cavernules à gauche. Adhérences pleurales à la base droite.

OBSERVATION LI

V... C., avocat, trente-huit ans.

Historique. — On ne sait rien de précis sur ses antécédents héréditaires. Il y aurait eu des aliénés dans sa famille.

Syphilis pendant le service militaire. En mai 1897, à la suite d'un violent chagrin, causé par la mort de son père, prend un accès de délire anxieux, avec idées de ruine, indignité, tendance au suicide. Il est interné dans la maison de santé de Champvert, d'où il sortit guéri après quatre mois de traitement. Déjà le médecin de cet établissement avait indiqué la possibilité d'une paralysie générale au début.

2 mai 1898. — V... est interné à l'asile de Saint-Jean-de-Dieu. Il présente un délire mégalomane : se croit maréchal de France, empereur avec 300 millions de rente. On pense à la paralysie générale, sans l'affirmer, car il n'y a pas de signes physiques. Il reste un an dans cet établissement avec des alternatives de dépression et d'excitation et en sort amélioré en avril 1899.

Il est ramené dans cet établissement moins de deux mois après, à la suite d'un accès d'excitation violente consécutive à un ictus apoplectiforme. Les signes physiques de la paralysie générale apparaissent nettement : pupilles inégales, à réaction faible, tremblements fibrillaires, la parole est assez nette. Depuis, le malade a eu à plusieurs reprises des convulsions épileptiformes.

Il est mort, le 8 novembre, de tuberculose pulmonaire ayant évolué en quelques mois.

OBSERVATION LII

F..., Jean-Louis, quarante-huit ans, imprimeur, entré le 9 mars 1910.

Antécédents. — Syphilis à vingt-six ans; a contaminé sa femme, qui a eu de nombreuses fausses couches et est atteinte actuellement d'*aortite*.

Tabes depuis quinze ans, qui s'est révélé tardivement par des troubles urinaires, les douleurs fulgurantes ayant été prises pour de la sciatique. Troubles de la marche peu marqués; F... put travailler jusqu'au moment où il est devenu paralytique général. Il avait quelques difficultés pour se mettre en marche, mais, en s'aidant d'une canne, il pouvait faire de longues courses, même des excursions en montagne (Mer de Glace). A l'âge de quarante-deux ans, alors qu'il présentait tous les signes du tabes, F... a eu une atteinte de tuberculose, qui a guéri par un séjour prolongé à la montagne.

A son entrée, le malade est en pleine agitation. Dès qu'on cause avec lui, on est frappé par son délire de grandeur. Il veut acheter plusieurs villas pour se retirer à Monte-Carlo; il a une voix de ténor magnifique et peut gagner 10.000 francs par cachet. Il se met à chanter en criant le plus qu'il peut. Il danse également. Il est d'une force herculéenne, il peut porter Lygie.

F... passe de la plus vive gaîté aux larmes, en disant qu'on lui fait manquer sa fortune, que sa femme lui a fait des sottises.

Il a des hallucinations de l'ouïe. Il refuse de manger, prétextant que le Père Eternel lui interdisait de se nourrir. Il commet les actes les plus extravagants, en disant qu'on les lui commande.

Le malade est très agité la nuit; il se promène dans sa chambre en chantant à tue-tête.

Au point de vue physique, le malade présente une ataxie considérable; quand il danse, il manque de tomber à chaque instant. Les signes de la paralysie générale sont très nets: embarras typique de la parole, tremblement de la langue, des muscles de la face et des mains, pupilles rétrécies, inégales, sans réaction.

Le sommet du poumon droit est mat; la respiration est obscurcie. Rien au cœur. Urines troubles, pas d'albumine.

Au début du mois d'avril, l'état délirant restant le même, l'état physique s'est aggravé.

Le malade a présenté de l'œdème de tout le membre supérieur gauche et a commencé à boiter. Après quelques jours d'alitement, l'œdème disparut et le malade se leva de nouveau, mais il se tenait avec peine sur ses jambes. L'œdème reparut quelques jours après, et la température s'éleva à 39 degrés et se mit à décrire de grandes oscillations pendant une vingtaine de jours. L'examen révéla un raccourcissement du membre inférieur de 5 à 6 centimètres, avec déviation du pied en dehors. On constata que la racine de la cuisse était particulièrement œdématiée : la peau était rouge et tendue; la température locale était plus élevée.

Pendant ce temps, avaient apparu des escarres sacrées et lombaires superficielles et une escarre très profonde au coude droit.

La température s'éleva à 40 degrés et le malade mourut le 18 mai.

Autopsie. — En outre des lésions du tabes et de la méningo-encéphalite, on trouva un vaste épanchement de pus dans l'articulation coxo-fémorale gauche. La capsule, très lâche, est perforée en arrière et en avant; l'épanchement a fusé dans les interstices musculaires et a pénétré dans la plupart des gaines. L'épanchement semble s'être produit avec rapidité, car les muscles sont dissociés, mais non altérés. La cavité cotyloïde est érodée, et la tête du fémur, érodée aussi, est luxée en arrière.

OBSERVATION LIII

M..., épouse G..., trente-six ans, sans profession, entrée le 7 février 1911.

Antécédents. — Il y aurait eu des aliénés parmi les ascendants.

M^{me} G... aurait mené une vie galante pendant dix années et contracté la syphilis à l'âge de vingt-six ans. Son mari, qui fut son amant, est également syphilitique.

Fièvre typhoïde grave l'an dernier. C'est pendant la convalescence qu'on observa les signes de la paralysie générale dont elle est atteinte. Tout d'abord, on crut à des troubles adynamiques post-typhoïdiques, mais elle fut prise un jour d'un accès d'agitation, avec délire mégalomane et érotique tel qu'on dut se rendre à l'évidence et la faire interner.

Cette malade disait constamment qu'elle était jolie, intelligente, et qu'elle allait épouser le prince de Bavière. Elle était aussi très riche et promettait à son entourage non seulement des dignités, mais des sommes fabuleuses.

Elle présentait tous les signes somatiques de la paralysie : embarras de la parole, inégalité pupillaire et tremblements. Elle mourut au bout d'un an d'une congestion finale, après avoir eu deux ou trois attaques apoplectiformes pendant son séjour.

OBSERVATION LIV

G..., médecin aide-major, quarante ans, entré le 24 septembre 1916.

Rien dans les antécédents de famille. Pas d'alcoolisme. Syphilis, il y a environ quinze ans, qui aurait été bien soignée.

G... aurait été évacué du front pour une paratyphoïde, et c'est pendant sa convalescence qu'on a remarqué les premiers troubles intellectuels.

À l'entrée, le malade est calme, mais il montre un état de satisfaction et de puérilité caractéristiques. Il est porté à se vanter de ses succès médicaux, de ses relations de famille. La mémoire est nettement diminuée.

Les signes physiques sont bien plus accusés : les pupilles

inégales ne réagissent que faiblement, la parole est très embarrassée, les réflexes sont exagérés, les trémulations fibrillaires sont très apparentes.

Le malade est tombé foudroyé, le 4 décembre, au moment où il se mettait à table.

OBSERVATION LV

B..., Marie, quarante-deux ans, sans profession, entrée le 22 janvier 1911.

On ne sait rien de ses antécédents héréditaires. En ce qui la concerne, il y a présomption de syphilis. Avant son mariage, B... a mené une vie légère. Elle raconte qu'il y a vingt ans un chirurgien avait pratiqué une opération du côté des voies génitales et lui aurait cautérisé des bobos dans la bouche. Elle a eu quatre fausses couches et un enfant vivant, âgé de neuf ans.

La maladie a débuté depuis quelques mois par une perte de la mémoire, par un dégoût de son travail, puis elle faisait des achats inconsidérés et s'appropriait comme lui appartenant les objets d'autrui.

A l'entrée, satisfaite, rit niaisement quand on lui parle. Quand on la laisse seule, elle déménage tous les meubles à sa portée par besoin de mouvement. Pas de délire mégalo-maniaque.

Par contre, les signes physiques militent en faveur de la paralysie générale. Les pupilles, nettement inégales, sont paresseuses; la langue, les doigts, les muscles de la face sont agités de tremblement, la parole est embarrassée, les réflexes rotuliens sont brusques et exagérés.

Après avoir présenté en juin une courte rémission, elle s'agite de nouveau et tombe en démence. Plusieurs attaques congestives en 1912. Mort en janvier 1913, après une série de crises épileptiformes.

OBSERVATION LVI

H..., Henri, quarante ans, greffier d'un Tribunal.

Pas d'antécédents héréditaires connus, mais possibles. Il a fait quelques excès de boisson, mais il ne semble pas qu'il eût été un alcoolique.

Syphilis à vingt-quatre ans, mal soignée.

Tabes à trente-sept ans.

A son entrée, le 5 novembre 1908, H... est dans un état d'anxiété considérable. Il s' imagine qu'il est porteur d'une excroissance de chair à l'anus et demande à être opéré. Pour le contenter, on simule une intervention chirurgicale, qui amène une demi-conviction chez le malade. L'anxiété ne disparaît pas : le malade est en proie à un violent désespoir, disant qu'il n'a plus de tube digestif et demande à Dieu et aux saints de le lui restituer.

Il est halluciné : il voit et entend des vierges ; elles couchent avec lui et mouillent son lit.

Physiquement, H... présente de l'inégalité des pupilles avec signe d'Argyll, du tremblement des mains et de la langue, de l'embarras de la parole, de l'abolition des réflexes rotuliens et des troubles caractéristiques de la marche.

Au bout de cinq mois, le malade, s'étant amélioré, rentre dans sa famille, où il ne peut rester qu'un mois.

Réintégré à nouveau, il est repris de délire hypocondriaque, avec idées de négation, refus d'aliment, gâtisme, othématomie, escarres.

Après avoir présenté un état très grave pendant trois mois, H... s'est rétabli complètement.

Actuellement (21 février 1917), H... est un dément satisfait, vaniteux, portant les doigts chargés de bagues. Sa mémoire est un peu amoindrie. Toutefois, il peut s'occuper à différents petits travaux, il lit et se tient au courant des événements du jour. Physiquement, il est pléthorique et surchargé de graisses. Il a de temps en temps des douleurs

fulgurantes. Il est ataxique. Les signes somatiques persistent.

OBSERVATION LVII (résumée).

D..., soixante ans, médecin.

Pas d'antécédents vésaniques ; pas d'éthylisme.

Syphilis à quarante-cinq ans ; à cinquante-cinq ans, troubles confusionnels, avec désorientation complète. Diagnostic de paralysie générale. Traitement par piqûres de calomel.

Guérison qui laisse un peu d'affaiblissement intellectuel. Il reste de l'inégalité des pupilles.

Le malade est mort à soixante-treize ans de mort subite ; il avait de l'aortite.

OBSERVATION LVIII

B..., médecin. Pas d'antécédents héréditaires, pas d'alcoolisme. Syphilis à vingt-deux ans, mal soignée.

A trente-sept ans, dépression avec hypocondrie ; quelques douleurs erratiques dans les membres inférieurs prises pour du tabes incipiens.

Le malade se croit paralytique général, examine ses pupilles, ses réflexes ; inaptitude au travail et abandon de la carrière. Traitement spécifique pendant deux ans.

Le malade est complètement guéri, a repris une vie très active et poursuit une belle carrière. Il a dépassé soixante ans.

OBSERVATION LIX

J. ., médecin. Fils d'alcoolique. Syphilis à vingt-trois ans ; chancre excisé. Pas de traitement spécifique suivi.

A trente-cinq ans, troubles de dépression psychique très marqués. Le malade sent des douleurs en ceinture et dans les membres. Le diagnostic de tabes et celui de paralysie générale ont été faits successivement. Le malade avait de l'inégalité

des pupilles avec abolition des réflexes lumineux, réflexes rotuliens inexistants.

Traitement spécifique insignifiant Guérison complète. J... a cinquante-sept ans et une carrière brillante.

OBSERVATION LX (résumée).

G..., agrégé de l'Université. Une légère tare héréditaire, Syphilis à vingt-deux ans, bien soignée.

A trente cinq ans, accès de dépression avec tristesse; hypocondrie, diminution de la capacité de travail. Pas de signes physiques de paralysie, sauf un peu d'exagération des réflexes. Durée de ces troubles, un an. Plusieurs médecins avaient pensé à un début de paralysie générale.

Le malade s'est ressaisi, il a aujourd'hui près de la cinquantaine et a fourni une carrière très brillante.

OBSERVATION LXI

R..., agrégé de l'Université. Légère tare héréditaire. Lui-même a toujours été taciturne et bizarre. Syphilis à vingt-cinq ans; à vingt-huit ans, ptose de la paupière droite; un peu d'inégalité des pupilles. Traitement mercuriel énergique.

A trente-cinq ans, accès de dépression avec hypocondrie, émotivité, larmes, incapacité pour le travail. Ces troubles ont mis deux années pour s'atténuer et permettre au malade de reprendre ses fonctions. Il est resté un peu déprimé avec tendances hypocondriaques, ce qui a mis une entrave sérieuse à sa carrière qui s'annonçait brillante. Il a dépassé la cinquantaine.

OBSERVATION LXII (résumée).

P..., entrepreneur. Fils de buveur, buveur lui-même.

A vingt-huit ans, internement pour délire alcoolique.

A trente-deux ans, deuxième internement pour la même raison.

A trente-cinq ans, syphilis bénigne, soignée pendant un an seulement, malade très négligent.

A quarante-trois ans, paralysie générale : délire mégalo-maniaque, hallucinations visuelles ; signes somatiques complets. Marche rapide. Mort en 1906 d'attaque congestive.

OBSERVATION LXIII (résumée).

D..., quarante-quatre ans, négociant. Grand alcoolique : plusieurs accès de delirium tremens. Syphilis en 1900 ; femme contaminée.

Deux ictus apoplectiformes à huit jours d'intervalle en 1905.

En 1908, paralysie générale, qui évolue en dix-huit mois. Mort d'attaque épileptiforme.

OBSERVATION LXIV

Benjamin X..., rentier, soixante-sept ans, entré le 18 août 1914.

Antécédents. — Hérité très chargée au point de vue névropathique et vésanique.

Syphilis à l'âge de vingt-huit ans ; tabes à quarante-cinq ans.

En août 1900, accès d'agitation avec délire mégalo-maniaque.

Signes physiques du tabes, myosis et pupilles inégales et rigides.

Internement avec diagnostic de paralysie générale. Le malade sort amélioré au bout de six mois.

1906. — Deuxième internement avec agitation ; délire ambitieux ; violence et persécution. Retour à un état meilleur et sortie après un mois de traitement.

1914. — Le malade donne depuis longtemps des signes

graves, caractérisés par des accès passagers d'agitation. Mégalomanie et turbulence.

Le jour de son internement, le malade présente un délire mégalomaniacal très net.

Les pupilles sont inégales et rigides. Pas de troubles du langage.

Pendant un an et demi, le malade est resté en état d'agitation avec euphorie, turbulence, malpropreté, tendances destructives.

S'est déprimé dans les derniers jours de janvier et est mort le 2 février de collapsus avec refroidissement progressif, arrêt du cœur.

CHAPITRE III

CAUSES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Causes prédisposantes.

En dehors des causes efficientes de la paralysie générale, il existe des conditions diverses d'âge, de sexe, de situation sociale, de race, qui y prédisposent et favorisent son développement. Nous allons les énumérer rapidement.

Age. — La paralysie générale est le plus souvent une maladie de l'âge mûr. Elle frappe l'individu dans son plein développement ; c'est la démence de la maturité, elle a sa place marquée entre les états déficitaires juvéniles et séniles. Son maximum de fréquence s'établit entre trente-cinq et quarante-cinq ans. Pourtant, elle peut se produire en deçà et surtout bien au-delà de ces limites, mais elle devient de plus en plus rare à mesure qu'on s'en éloigne davantage. Ces écarts sont dus à l'action de la syphilis et ne peuvent trouver leur explication ailleurs. L'apparition de la paralysie dépend de l'âge auquel on devient syphilitique, et, si la paralysie se manifeste plus fréquemment entre trente-cinq et quarante-cinq ans, c'est que l'individu le plus souvent gagne sa syphilis entre vingt et trente ans.

M... (obs. XIV) est contaminé à vingt ans, à vingt-sept ou vingt-huit ans, il donne les premiers signes de paralysie générale et meurt de méningo-encéphalite à trente et un ans. M... (obs. XXVIII) est syphilitisé à cinquante-quatre ans et devient paralytique à cinquante-huit ans.

Cette règle n'est pas absolue et souffre de nombreuses exceptions.

M... (obs. XXXIII) prend la syphilis à vingt ans et ne devient paralytique qu'à cinquante-cinq ans; G... (obs. XXX) et C... (obs. XXXI) sont infectés, le premier dans sa jeunesse, le second à trente-six ans, et ne tombent en paralysie qu'à soixante-cinq et soixante-dix ans. Ces anomalies trouvent leur explication dans ce fait que le premier est un dégénéré ayant manifesté prématurément des désordres psychiques et on sait que les héréditaires offrent une résistance toute spéciale à la paralysie générale; que les deux autres ont été tabétiques de bonne heure.

D'après nos observations, le tabes est souvent à la base de la paralysie générale et, en pareil cas, celle-ci peut évoluer plus ou moins tardivement. Tout tabétique est en prévention de paralysie générale, et plus le tabes initial est précoce, plus la paralysie est à craindre et prématurée. Nous avons fait la même remarque pour les autres accidents spécifiques. C... (obs. XXXIV), dégénéré, a la syphilis à vingt-cinq ans, le tabès à quarante ans, la paralysie générale à quarante-huit ans; M... (obs. XXVI) est syphilitique à trente-cinq ans, tabétique à trente-sept ans,

paralytique à quarante-sept ans ; G... (obs XXI) est contaminé à vingt ans, tabes à vingt-quatre ans, paralysie à vingt-cinq ans ; P... (obs. XX), syphilis en 1903, paralysie du moteur oculaire commun en 1907 ; début de 1916, blépharoptose et paralysie du voile du palais ; fin 1916, paralysie générale.

L'apparition des paralysies infantiles ou juvéniles s'explique de la même façon : dans la presque totalité des cas, on a trouvé, soit une syphilis accidentelle du tout jeune âge, soit une syphilis congénitale ou héréditaire. Nous n'avons recueilli qu'une seule observation de paralysie juvénile (obs. XXII), de laquelle nous ne pouvons, faute de renseignements, tirer aucune conclusion étiologique.

Sexe. — La paralysie générale est plus fréquente chez l'homme. Cette différence est surtout sensible dans les milieux aisés : nous avons trouvé six à sept fois moins de femmes que d'hommes paralytiques, et nous avons l'impression que cette proportion fortuite est trop élevée, et ne correspond pas à la réalité. Régis, du reste, en trouve treize fois moins. Dans les grandes villes et chez les indigents, l'écart est moins considérable : à Sainte-Anne, le nombre des paralytiques n'est guère plus du double de celui des femmes. Cela tient, à ce que le genre de vie, tout à fait différent entre l'homme et la femme dans les classes élevées, s'égale de plus en plus dans les milieux populaires urbains. La syphilis est aussi plus fréquente chez la femme dans les classes inférieures de la société.

Pays. — Races. — Conditions sociales. — Professions. — La paralysie générale est des plus répandues et sa fréquence semble augmenter encore.

On se fera une idée de cette fréquence par ce fait que Caboureau, sur un total de 103.486 aliénés pris dans tous les asiles, trouve 15 pour 100 de paralytiques généraux, et pourtant le chiffre des paralytiques internés est loin de représenter la totalité des sujets atteints de cette maladie. Notre statistique, pour une période de six années, donne une proportion plus élevée, 18,18 pour 100.

Cette fréquence varie suivant les pays, les races, les conditions sociales et les professions.

En ce qui concerne les pays, on peut poser en principe que la paralysie générale est en raison directe de son degré de célébralisation. En Amérique, les Anglo-Saxons deviennent plus souvent paralytiques que les hommes de couleur, leurs compatriotes. En Europe, la paralysie est commune dans les pays de culture avancée : France, Allemagne, Angleterre, Suisse ; par contre, elle est plus rare en Russie, en Turquie, en Roumanie ; elle est exceptionnelle, en Bosnie, en Herzégovine, et presque inconnue dans les Balkans, en Serbie et en Bulgarie.

En Asie, la paralysie générale est rare ; inconnue en Chine, elle était très rare au Japon. Elle a une tendance à augmenter rapidement dans ce dernier pays, depuis qu'il a adopté les manières de vivre de l'Occident.

Cette différence se retrouve dans les races habitant le même pays. En Afrique, les Arabes sont presque

indemnes ; les Juifs sont au contraire fréquemment frappés.

Déjà on voit apparaître les deux grands facteurs qui commandent toute l'étiologie de la paralysie générale : la cérébralité, d'une part ; l'infection, d'autre part, et plus particulièrement, sinon exclusivement, l'infection syphilitique.

Cela étant, les divers milieux sociaux fourniront une proportion d'autant plus grande de paralytiques généraux que ces deux facteurs se rencontreront plus fréquemment associés. Effectivement, les milieux urbains fournissent de 20 à 30 pour 100 de paralytiques, tandis que la population rurale en fournit à peine 5 à 6 pour 100. Nous n'avons trouvé dans nos observations qu'un cas unique de paysan atteint de paralysie générale ; ce malade avait habité la ville et y avait contracté la syphilis (obs. XLIII).

Il en est de même des professions. Celles où la paralysie générale sévit le plus sont celles où, la cérébralité étant à son maximum, la syphilis est plus fréquente : les militaires, les étudiants, les médecins, les universitaires, les financiers, etc. Chez les militaires, notamment, nous avons trouvé 58,83 pour 100 de paralytiques généraux.

La maladie, par contre, est excessivement rare chez les prêtres et chez les religieux. Caboureau, dans sa thèse, a pu conclure qu'il existe un aliéné religieux sur 50 cas de folie et un paralytique religieux sur 1.000 cas de paralysie générale. En ce qui nous concerne, nous n'avons jamais vu de prêtre atteint de paralysie générale, mais nous avons eu connaissance

d'une religieuse atteinte de cette maladie. Elle avait fait un long service, comme infirmière, dans un quartier de vénériens d'un hôpital militaire (Alb. Carrier. Communication orale).

Nous en avons fini avec l'étude des causes prédisposantes de la paralysie générale. Au surplus, pour être interprétées de façon différentes, ces données étiologiques n'en sont pas moins généralement admises. Nous n'insisterons donc pas davantage, pour aborder bien vite un sujet, plus discuté, celui des causes efficientes de la paralysie générale : la syphilis, l'alcoolisme, l'hérédité, les traumatismes, la tuberculose et les états infectieux, les intoxications ou auto-intoxication, le surmenage, les causes morales, etc...

Causes efficientes.

L'énumération que nous venons de faire des causes efficientes de la paralysie générale tend à démontrer qu'elles se résument en une seule : l'intoxication prise dans le sens le plus général du mot et comprenant tout ce qui empoisonne l'organisme, que le poison soit dû à un toxique ou à un élément infectieux figuré ou non.

Cela posé, nous devons examiner, sans parti pris, tous les facteurs étiologiques susceptibles d'être incriminés et rechercher s'il n'existe pas un rapport étroit entre eux et la paralysie générale.

Syphilis. — Il est une chose hors de doute, grâce aux données de la statistique, c'est que la syphilis

se retrouve dans l'anamnèse des aliénés paralytiques avec un pourcentage très élevé, d'autant plus élevé que les antécédents de ces malades ont été fouillés avec plus de soin et de précision. Pour preuve, qu'on me permette de citer, entre mille, les statistiques suivantes : Gudden a constaté la syphilis d'une façon certaine chez 35,7 de ses paralytiques généraux, Hirschl, de Vienne, chez 56, et Roecke chez 51 pour 100 des malades, abstraction faite des cas de simple probabilité. En France, Régis arrive avec une proportion de 75 pour 100, Boyer de 80 pour 100, Anglade de 81 pour 100, Chaumier de 72 pour 100.

Ce chiffre, du reste, s'accroît dans de remarquables proportions, quand on réussit à obtenir une anamnèse circonstanciée, notamment dans la clientèle privée. Joly alors arrive à 60 pour 100 des cas, Mendel à plus de 75 pour 100 et Alzheimer à 90 pour 100 et au-dessus. Notre statistique personnelle, dont les éléments ont été recueillis dans la clientèle privée, donne une proportion de 92,09 pour 100 syphilitiques chez les hommes et de 83,32 chez les femmes, soit de 87,75 pour 100 pour l'ensemble.

Si on rapproche les chiffres de ceux qu'on obtient en recherchant la fréquence de l'infection syphilitique dans les maladies du système nerveux, on trouve une différence bien nette. Ici, chez les aliénés non paralytiques, Mendel ne rencontre la syphilis que dans 18 pour 100 des cas, Joly dans 15 pour 100 et Ebecke dans 12,5 pour 100 seulement. Notre statistique personnelle nous donne à peine 6 syphilitiques pour 100 aliénés non paralytiques.

A ce sujet, je me permets d'appeler l'attention sur les observations LVII à LXI, dont je ne voudrais pas tirer des conclusions prématurées, mais qui peuvent se rapporter à des paralysies générales abortives. Ces cinq malades ont été pris, dix à quinze ans après une syphilis de moyenne gravité, de troubles dépressifs nerveux qui, chez le plus âgé d'entre eux, s'étaient compliqués de confusion mentale avec désorientation complète. Le diagnostic de paralysie générale, au début, avait été prononcé par des médecins expérimentés. Tous ont guéri.

Ce sont là des résultats incontestables qui, d'ores et déjà, prouvent qu'il doit exister un rapport de cause à effet, entre la syphilis et la paralysie progressive. Mais n'anticipons pas. Nous reprendrons cette discussion au chapitre consacré à la nature de la paralysie générale où nous aurons à commenter non seulement les statistiques, mais les arguments anatomiques et thérapeutiques qui ont été apportés pour ou contre la théorie syphilitique de la méningo-encéphalite diffuse.

Alcoolisme. — Les excès de boisson ont été mis en cause. En effet, beaucoup d'aliénistes français soutiennent encore aujourd'hui que l'alcool est la cause principale de la paralysie.

C'est une manière de voir qui, en Allemagne, n'a pas été admise et qui trouve en France très peu et de moins en moins d'adhérents. Et si chez nous on a fait autrefois une part plus large à l'alcoolisme, cela doit être rapporté uniquement à ce fait que ce n'est que par

des observations successives qu'on est arrivé peu à peu à mettre en relief la pseudo-paralysie alcoolique. Cette forme morbide, qui présente plus d'un point d'analogie avec la paralysie, peut à l'occasion créer de sérieuses difficultés pour le diagnostic différentiel.

Quoi qu'il en soit, les statistiques sont peu favorables au facteur alcool dans la genèse de la paralysie générale. Dans l'asile de l'Orne, où les alcooliques constituent la majorité des malades, il n'y a que 2 pour 100 de paralytiques. En ce qui concerne notre statistique, nous n'avons trouvé l'alcoolisme avéré (car j'écarte l'alcoolisme morbide de la période préparalytique), et toujours associé à la syphilis 11,42 pour 100 fois seulement, tandis que, chez les non paralytiques, il apparaît nettement 24,4 fois pour 100. Notons, pour être impartial, que dans les milieux aisés l'alcoolisme, à l'inverse de la syphilis, joue un rôle moins important comme facteur étiologique que dans les milieux ouvriers. Rappelons également pour mémoire qu'au Congrès des Aliénistes de 1901, le rapporteur de la question « Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale » n'a pas conclu à une importance prépondérante du facteur éthylique dans la production de la paralysie générale. Tout en admettant que l'alcoolisme peut conduire à la paralysie générale, il laisse échapper l'aveu que les conditions ethnographiques et géographiques ne paraissent pas militer en faveur du rôle plus ou moins prépondérant de l'alcoolisme sur la production de la paralysie générale. Et Magnan, qui s'était montré alors le plus ardent défenseur de cette

manière de voir, s'est trouvé douze ans plus tard en opposition avec un de ses élèves, Magalhaès Lemos. Ce dernier reconnaît qu'ayant emporté à Porto la notion de l'étiologie éthylique de la paralysie générale, il y constata avec surprise la fréquence extraordinaire de la paralysie et la rareté de l'alcoolisme. Nous nous croyons donc autorisés à penser que le rôle de l'alcoolisme dans la production de la paralysie générale est pour le moins négligeable en tant que facteur déterminant.

Hérédité. — Longtemps on a cru que la paralysie générale était une forme de folie et tout naturellement on lui a attribué la même origine, l'hérédité. Marcé disait que les deux états morbides s'engendraient réciproquement.

A vrai dire, on obtient une proportion remarquablement élevée d'héréditaires chez les paralytiques généraux, si on se contente de rechercher l'existence antérieure des maladies nerveuses ou mentales dans la famille. Nœcke et Ziehen ont compté l'hérédité 45 fois pour 100 et Krœpelin même 50 fois pour 100 dans la démence paralytique. Rœcke à Tubingue a pu réunir 32 cas pour 100 d'hérédité. Mais il existe une certaine hérédité chez presque tous les malades. On ne devrait donc prononcer le mot de paralysie générale héréditaire que lorsqu'il existe une tare lourde à l'exclusion de tout autre facteur étiologique. D'après Ziehen, elle n'existe que dans 10 pour 100 des cas et il n'affirme pas qu'elle soit seule en cause.

Personnellement, nous n'avons trouvé l'hérédité

que dans 20 pour 100 des cas, et dans ce chiffre l'hérédité lourde ne figure que dans une proportion de 5,7 pour 100. La syphilis accompagne toujours la tare héréditaire. Mon père, dans une statistique publiée en 1903, avait noté l'hérédité dans 26,25 pour 100 des cas; elle était associée à la syphilis 22,33 fois pour 100 à des facteurs autres que la syphilis 2,79 fois pour 100, seule, 1,11 fois.

Nous sommes donc autorisés à affirmer avec Magnan, Sérieux, Régis, Pilez et bien d'autres, que la paralysie générale n'est pas une maladie de la famille vésanique. Avec eux, nous estimons à bon droit que les dégénérés aboutissent rarement à la paralysie progressive. C'est tellement vrai que la folie peut être considérée comme une garantie contre la méningo-encéphalite diffuse. Lorsqu'un ancien aliéné ou un dégénéré est pris exceptionnellement de paralysie générale, c'est qu'un autre facteur est intervenu, la syphilis et, en pareil cas, elle est tardive et affecte une évolution chronique, rémittente, circulaire parfois très longue (observ. IV, V, XIV, XVII, XXXVIII, LXIV). Le plus souvent, quand un dégénéré prend la syphilis, il devient plutôt un dément précoce ou présente une forme morbide atypique intermédiaire entre la paralysie générale et cette dernière affection (obs. LXIV).

Pour en finir avec la question d'hérédité, je dois ajouter que, dans la paralysie générale, on rencontre parfois l'hérédité similaire directe ou collatérale (obs. IV, V, VI, VII). En pareil cas, il s'agit d'hérédo-syphilis dans la forme juvénile ou de syphilis acquise par les descendants et les collatéraux.

Traumatisme. — Autrefois on a fait jouer un rôle important dans l'étiologie de la paralysie générale aux traumatismes en général et plus particulièrement aux blessures graves de la tête. Ce facteur a perdu considérablement de sa valeur depuis que, grâce aux progrès du diagnostic, on est arrivé à distinguer de la paralysie des formes morbides, qui ne la rappellent que de très loin.

Nous ne reprendrons pas ici l'historique de cette question ; qu'il nous suffise de mentionner les travaux de Bechholm, Christian, Jolly, Vallon, Dubuisson, Brissaud, Ballet, Régis, etc.

Si l'on soumet à une critique sévère la plupart des observations relatives à l'influence du traumatisme sur le développement de la paralysie générale, il est difficile de se créer une conviction sur l'existence d'une paralysie générale traumatique. La plupart des observations, pour ne pas dire toutes, se rapportent à des paralytiques généraux déjà en état de maladie et chez lesquels le traumatisme n'a joué qu'un rôle accélérateur (obs. XLV et XLVIII). D'autres fois, la paralysie n'est qu'un accident lointain, qui ne permet guère d'établir une relation certaine entre la maladie et le trauma qui l'aurait fait naître. Enfin, je le répète, on a mis sur le compte de la paralysie des états, qui rappellent de plus ou moins loin la physionomie de la maladie de Bayle.

Kaplan, qui s'est occupé de la question plus spécialement, n'a trouvé dans l'anamnèse de 540 paralytiques généraux le traumatisme que dans 4,4 pour 100 des cas. En examinant de plus près ce résultat, il

ajoute qu'en dehors de 0,9 pour 100 des cas, tous les autres avaient présenté des symptômes de la maladie avant leur accident. Kaplan en conclut qu'il n'existe aucun rapport constant entre le traumatisme et la paralysie. Nous sommes arrivé à des résultats sensiblement identiques et nous n'hésitons pas à nous rallier à cette manière de voir : sur 70 paralytiques généraux, nous avons relevé 3 fois le traumatisme dans les antécédents, soit dans 4,28 pour 100 des cas. Deux étaient des syphilitiques avérés, le troisième sur le passé duquel nous n'avons obtenu que des renseignements incomplets, aurait donné des signes de faiblesse intellectuelle avant son accident, ce qui ramène la proportion de nos traumatisés syphilitiques par ailleurs, à 2,85 pour 100.

En terminant, qu'il nous soit permis de signaler une observation personnelle tirée des enseignements de la guerre. Sur 39 malades reçus dans l'établissement de C..., nous avons rencontré quatre traumatisés graves, l'un d'eux ayant subi une double trépanation. Aucun d'eux n'a présenté de signes rappelant même de loin la paralysie générale. Il est bon d'ajouter qu'aucun d'eux n'est syphilitique. Par contre, la paralysie générale a été relevée 18 fois; tous les malades étaient syphilitiques, sauf trois, chez lesquels le doute n'est permis qu'en l'absence de tout renseignement.

Intoxications. — *Agents toxiques.* — Tous les toxiques ont été incriminés, comme pouvant intervenir sur un terrain prédisposé et créer la paralysie

générale. Le sulfure de carbone, le plomb, le mercure ont été plus particulièrement mis en cause.

Nous ne savons rien de précis sur le premier de ces toxiques. Quant au mercure, il produit des troubles nerveux, qui n'ont qu'une lointaine analogie avec la paralysie générale et qui, contrairement à cette dernière, ont une tendance à la régression, quand la cause qui les a fait naître a disparu. Ce qui est certain, c'est que l'intoxication mercurielle thérapeutique est particulièrement dangereuse pour les malades atteints de méningo-encéphalite progressive. Les paralytiques généraux les moins mercurialisés sont ceux qui vivent le plus longtemps (observations VII et LVI).

Au sujet de la valeur étiologique du saturnisme, Kaplan est d'avis qu'il n'existe aucune relation de cause à effet entre cette intoxication et la paralysie. Mendel et Hirschl partagent cette opinion. Quesnel, de son côté, ne parle que de psychoses saturnines paralytiques. Personnellement, nous n'avons trouvé le saturnisme qu'une fois chez un vieil alcoolique.

Etats infectieux, aigus et chroniques, auto-intoxication. — Disons un mot de l'ancienne théorie, qui voulait que la goutte, le rachitisme, le rhumatisme, le diabète et les maladies infectieuses aiguës ou chroniques, les auto-intoxications puissent à eux seuls entraîner une véritable démence paralytique. Cette manière de voir est à peu près complètement abandonnée. C'est tout au plus si on accorde à ces agents pathogènes une influence prédisposante. Par contre, il est possible que, du fait d'une affection somatique, une paralysie, déjà en évolution, reçoive un coup de

fouet, éclate brusquement, et se précipite dans sa marche. L'état puerpéral, la grippe, la fièvre typhoïde (obs. LIII et LIV) peuvent à l'occasion jouer un rôle semblable.

Quant à dire qu'il existe des paralysies générales grippales ou typhoïdiques, rien n'est moins démontré. Ce qu'on peut affirmer, c'est que les états infectieux, puerpéralité, rougeole, etc. (Taty et Chaumier), peuvent déterminer une confusion mentale plus ou moins aiguë rappelant les symptômes de la paralysie générale. Cet état, qui se manifeste au déclin des maladies infectieuses, est le plus souvent passager. Quand le processus est plus grave, comme dans le délire aigu, le malade est emporté où il tombe en démence, mais il ne devient pas un paralytique général. Car s'il n'est pas douteux, ainsi que l'a démontré Pierret, qu'il peut se produire des méningo-encéphalites infectieuses rappelant les phases des intoxications et infections expérimentales, il est non moins certain que ces lésions inflammatoires ont une tendance à la curabilité et n'ont rien de commun avec la paralysie générale.

Quant aux infections chroniques, une seule a été signalée comme susceptible de produire la méningo-encéphalite diffuse, je veux parler de la tuberculose. Certains travaux récents tendent à faire jouer un rôle assez important à la tuberculose dans l'étiologie de la paralysie générale (Klippel, Anglade). Pour ma part, je ne crois pas qu'elle puisse être considérée comme un facteur habituel de la paralysie générale, affection qui se manifeste dans des conditions d'âge, de sexe, de

profession et de milieux différents, sinon opposés (Régis). Dans les observations que nous avons recueillies (XLIX, L, LI, LII), ce facteur n'est jamais isolé, il est toujours associé à la syphilis et deux fois à l'alcoolisme et à la syphilis en même temps. D'une façon générale, et en cela nous sommes d'accord avec Toulouse, les paralytiques généraux deviennent rarement tuberculeux.

Causes morales, surmenage, civilisation.

— En ce qui concerne la valeur étiologique des états moraux, comme les chagrins, les soucis, les déceptions, et celle du surmenage physique et intellectuel, les auteurs ne s'entendent guère. Tandis que Biswanger admet que le surmenage fonctionnel du système nerveux a une signification étiologique essentielle, Krœpelin s'élève contre cette hypothèse. Il la rejette complètement et donne à entendre que l'épuisement est la source de formes morbides tout à fait différentes de la paralysie; que la fatigue et l'épuisement, qui en résultent, peuvent entraîner des processus morbides, tout au plus transitoires, mais jamais des processus progressifs susceptibles, en dépit du repos le plus complet, de conduire irrésistiblement à une issue fatale.

Cette affirmation est difficile à contester sans doute, mais seuls des faits d'observation entraineraient la conviction. Pourtant, si le plus souvent la paralysie débute par un état neurasthénique, si fréquemment aussi le surmenage est invoqué dans les antécédents, c'est que le cerveau déjà frappé ne suffit plus à sa tâche habituelle. Au surplus, ces états dépressifs s'observent

ordinairement dans la période qui précède l'éclosion des grands processus psychiques.

En ce qui concerne nos observations, les causes morales invoquées plus haut, le surmenage et l'épuisement nerveux ne sauraient prétendre au rôle de facteur efficient de la méningo-encéphalite diffuse; tout au plus peuvent-ils intervenir fâcheusement chez les syphilitiques, favoriser et hâter le développement d'une paralysie progressive en imminence plus ou moins prochaine.

Quant à l'ancienne doctrine de l'influence de la civilisation sur le système nerveux central, qui avait trouvé dans Krafft-Ebing son plus chaud partisan, elle semble jusqu'à un certain point ébranlée depuis que de nouvelles recherches ont appris que chez les peuples non civilisés la paralysie et le tabes sont moins rares qu'on ne se plaisait à le croire jadis. Je pourrais signaler notamment les découvertes d'auteurs anglais qui, comme Mott, ont constaté chez les nègres, morts de la prétendue maladie du sommeil, des lésions du cerveau en tous points analogues à celles de la paralysie générale.

De toutes ces considérations, il ressort en tout cas nettement qu'aucun autre facteur ne peut entrer en ligne de compte au même titre que la syphilis dans l'étiologie de la démence paralytique. Et quand bien même, par prudence, on ne trancherait pas définitivement la question de savoir si des paralysies peuvent naître en dehors d'une syphilis antérieure, on doit tenir pour certain que ces dernières ne constituent qu'une exception tout à fait négligeable. Quoi qu'il en soit,

un principe reste acquis, c'est que la syphilis prépare le terrain à la paralysie. Quant à savoir s'il s'agit d'une conséquence directe de l'infection, si d'autres facteurs, tels que l'hérédité, l'alcool, le traumatisme ne contribuent pas dans une mesure plus ou moins large à son développement, c'est une autre question qui fera l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE IV

DISCUSSION DES FAITS

RELATIFS A LA NATURE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE. PATHOGÉNIE

I

Le moment est venu d'aborder le problème si controversé de la nature de la paralysie générale.

Dans le précédent chapitre, nous avons passé en revue la plupart des causes qui, à des degrés différents, semblent gouverner l'étiologie de la paralysie générale. De tous ces facteurs trois seulement ont arrêté plus particulièrement notre attention : l'hérédité, l'alcoolisme, la syphilis. Il s'agit maintenant de savoir si la paralysie générale est de nature héréditaire, alcoolique ou syphilitique.

Ainsi que nous l'avons dit précédemment, la paralysie générale n'appartient pas à la famille vésanique ; elle n'est pas une maladie par tare névropathique dégénérative, comme ont tenté de le faire croire Joffroy, Noëcke, Roques de Fursac, etc. La statistique aussi bien que l'observation clinique militent en faveur de cette manière de voir. L'hérédité d'une part (je ne parle pas d'une certaine hérédité

banale qui se retrouve chez tous les malades, mais de la tare lourde) apparaît dans de faibles proportions dans les antécédents des paralytiques généraux, et d'autre part, elle est toujours associée chez eux à d'autres conditions étiologiques, le plus souvent, pour ne pas dire toujours, à la syphilis.

Nos observations IV, V, VI, XXXVIII, viennent à l'appui de la statistique. Dans la première, il s'agit d'une femme fortement tarée, tout à fait déséquilibrée, qui a donné naissance à une fille sourde-muette. Deux ans après la naissance de cette enfant, elle contracte la syphilis, à l'âge de vingt-six ans, treize ans après elle est paralytique générale.

L'observation V est celle d'un officier ayant une hérédité chargée; à vingt-huit ans syphilis, d'où mélancolie, désespoir avec idées de suicide. Paralytie générale à cinquante-deux ans.

Dans l'observation VI, il s'agit d'un magistrat, fils de mère vésanique et de père paralytique général, déséquilibré lui-même et syphilisé en 1904, mort paralytique douze ans après.

Je rappelle un fait analogue rapporté par Lalanne au Congrès de 1900, d'un paralytique général, ancien dégénéré, avec deux accès vésaniques antérieurs. Entre les deux accès de folie, syphilis, et douze ans après paralytie générale.

Enfin, une dernière observation dans le même ordre d'idées, citée par Morel-Lavallée à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, mérite d'être signalée. L..., grand seigneur, riche, viveur, ayant fait de grands excès, a trois enfants.

L'ainé, affligé d'un tic de la face, timide, pusillanime, se livre à la boisson; il est interné plus tard pour démence partielle. Une seconde fille est imbécile et épileptique. Le troisième enfant, très intelligent, mais de caractère irritable, gagne la syphilis à vingt-deux ans et meurt paralytique seize ans après. Ainsi, sur trois descendants dégénérés de souche nerveuse, un seul contracte la syphilis et celui-là seul devient paralytique général.

En présence de tels faits est-il possible d'admettre une paralysie générale héréditaire?

Les mêmes arguments peuvent être invoqués contre l'origine alcoolique de la paralysie générale. Si la statistique en faveur de la théorie syphilitique de la paralysie générale a pu paraître à quelques-uns suspecte dans ses conclusions, en raison des écarts entre les chiffres produits, la statistique sur la fréquence de l'alcoolisme dans les antécédents des paralytiques généraux est moins probante encore. En ce qui concerne la syphilis, les écarts de pourcentage sont moins considérables qu'on ne se plaît à le dire et s'expliquent, si on veut bien y regarder de plus près, par la différence des milieux où l'observation s'est exercée. Pour en donner un exemple, j'ai étudié 50 statistiques sur la fréquence de la syphilis dans la paralysie générale : 10 seulement donnent des pourcentages au-dessous de 50 pour 100, toutes les autres accusent des proportions allant de 50 à 94 pour 100, la plupart se rapprochent de ce dernier chiffre.

En ce qui concerne l'alcoolisme, la statistique est moins riche et ne semble pas avoir excité la curiosité

des chercheurs. Sur 13 études de ce genre, une seule donne un pourcentage supérieur à 50 pour 100, celle de Charpentier; les 12 autres donnent une proportion inférieure, de 6 à 20 pour cent pour la plupart d'entre elles.

A Sainte-Anne, la fréquence de l'alcoolisme chez les paralytiques généraux est de 40 pour 100, à Charenton, elle n'est que de 15 pour 100. Notre statistique personnelle, prise dans la classe aisée, se rapproche de celle de Charenton, elle donne un pourcentage de 11,42 pour 100 chez les hommes et de 2,2 pour 100 seulement chez les femmes, d'ailleurs tous syphilitiques.

A l'inverse de la syphilis, l'alcoolisme jouerait un rôle étiologique plus important vis-à-vis de la méningo-encéphalite dans les milieux pauvres que dans la classe aisée. Or, ce n'est pas dans les milieux pauvres que la paralysie générale sévit le plus durement, mais dans les classes élevées de la société, où les alcooliques sont moins nombreux.

Cet argument statistique n'est pas le seul qu'on puisse invoquer contre la nature alcoolique de la paralysie générale. L'observation clinique conduit aux mêmes résultats. Qu'il existe des syphilis arrosées d'alcool et que celles-ci conduisent plus fréquemment à la méningo-encéphalite diffuse, c'est bien possible et même infiniment probable, mais ce qui est mieux encore établi aujourd'hui, c'est qu'on a exagéré beaucoup à un moment donné le rôle de l'intoxication alcoolique dans la production de la paralysie générale et qu'on a pris souvent pour telle des troubles céré-

braux d'origine alcoolique réalisant une symptomatologie se rapprochant de celle de la paralysie générale.

Enfin, il est un fait d'observation clinique, qui semble peu en faveur de l'existence d'une paralysie générale alcoolique, c'est que l'imprégnation éthylique semble agir isolément au cours de la paralysie générale et se manifester indépendamment d'elle quelques années ou même quelques mois avant son apparition. En effet, chez le paralytique arrosé, l'alcool imprime à la maladie une allure délirante spéciale, caractérisée par des phases hallucinatoires avec terreurs et impulsions violentes. A ce sujet, j'appelle l'attention sur les observations L, LXII, LXIII. Pour n'en citer qu'une, qui rappelle par un côté le fait de Lalanne signalé précédemment : P..., entrepreneur, fils de buveur et grand buveur lui-même, est interné à vingt-huit ans pour *delirium tremens*; à trente-deux ans, deuxième internement pour la même raison. Ce malade prend la syphilis à trente-cinq ans et devient paralytique huit années plus tard.

La paralysie générale n'étant ni héréditaire, ni alcoolique, serait elle une affection syphilitique? Deux opinions diamétralement opposées sont en présence. D'un côté, des syphiligraphes, dont Fournier, Hallopeau, des neuropathologistes et des aliénistes tels que Raymond, Régis, Anglade, pour ne parler que des Français (car à l'étranger on ne discute plus guère sur l'origine syphilitique de la méningo-encéphalite), soutiennent que la syphilis est le facteur fondamental de la paralysie générale. D'un autre côté, Joffroy et son école, des anatomo-pathologistes, tels que

Klippel, Cornil, tout en reconnaissant l'influence favorisante de la syphilis, lui refusent toute valeur exclusive. La question des rapports de la syphilis avec la paralysie générale est devenue ainsi le terrain sur lequel se débattent toutes les théories pathogéniques de la méningo-encéphalite progressive.

Entre les deux théories si diverses, où est la vérité ? Les adversaires de la théorie syphilitique, un peu ébranlés néanmoins par les constatations statistiques en faveur de l'opinion contraire, font le procès de ce procédé d'investigation après l'avoir admis comme un credo, et répondent par d'autres statistiques encore moins probantes. C'est ainsi qu'ils font état des chiffres fournis par Voisin et par Magnan, qui ne trouvent que 4 à 7 pour 100 de syphilitiques chez les paralytiques généraux. Autant vaudrait dire que la paralysie est une garantie contre la syphilis. Mais quelle valeur accorder à des statistiques semblables, du reste uniques, au milieu de centaines d'autres, qui arrivent bien près du 100 pour 100 ? Du reste, il faut le reconnaître, la plupart de ceux qui déniaient à la syphilis un rôle exclusif dans la production de la paralysie générale ne se refusent pas à constater que la syphilis se retrouve fréquemment dans les antécédents des paralytiques, mais ils rejettent cette conclusion que l'une est la manifestation de l'autre. La preuve entière n'est pas faite, disent-ils, il n'y a là qu'un commencement de preuve. Il existe aussi de nombreuses présomptions favorables à cette assertion.

Avant tout, pour en finir avec l'argument statis-

tique, il est juste de se demander quels facteurs étiologiques on peut invoquer en faveur des 10 ou 20 pour 100 de paralytiques chez lesquels une infection syphilitique antérieure n'est pas démontrée. Hirschl croit que ces cas négatifs sont tout à fait négligeables, en s'appuyant sur ce fait que dans les formes tardives de la syphilis avérée, sur la spécificité desquelles nul n'élève plus aucun doute, on n'obtient pas davantage pour tous les cas des renseignements précis sur l'accident primitif et le stade secondaire. Le professeur Fournier cite, à ce sujet, un fait caractéristique. Il s'est appliqué à rechercher, dans ses collections d'observations, dans quelle proportion l'enquête anamnestique arrivait à établir la réalité de la syphilis antérieure pour un accident indubitablement syphilitique, telle par exemple la gomme du voile du palais (obs. XLIX). Or, dans environ 15 pour 100 des cas de gomme palatine, il lui a été impossible de retrouver la trace anamnestique objective de la syphilis causale. En appliquant cette méthode de raisonnement ou d'expérience au problème de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale, on voit combien les données de l'enquête sont superposables. Et encore est-il bon d'ajouter que, du seul fait des troubles de la mémoire inhérents à la paralysie, l'aliéniste n'a pas, au même degré, la ressource des déclarations des malades ? Et pourtant, quand la mémoire défaillante ne laisse plus subsister que des souvenirs lointains, quand l'abolition des facultés critiques a fait disparaître tout sentiment d'amour-propre et de dignité personnelle, le paralytique évo-

que bien souvent la syphilis oubliée ou jalousement dissimulée. Quand il est excité, elle devient parfois une occasion pour lui de manifester son exubérance orgueilleuse, tels ce médecin et ce pharmacien, tous les deux paralytiques, qui se proclamaient bien haut anciens syphilitiques guéris, l'un s'étant appliqué une méthode curative extraordinaire, dont l'autre avait découvert l'agent thérapeutique. Par contre, qui n'a pas entendu de malheureux paralytiques en dépression se lamenter sur la vérole, qui les a réduits en pourriture ?

A défaut de preuves décisives, irréfutables, l'étiologie, la clinique, l'expérimentation nous fournissent un grand nombre d'arguments en faveur de la théorie syphilitique de la paralysie générale. On nous excusera de ne pas les reproduire tous, de faire un choix et de ne retenir que ceux que les progrès scientifiques ont mis en relief.

Il faut tout d'abord se rappeler l'existence assez fréquente de la paralysie conjugale, c'est-à-dire le fait que deux époux peuvent simultanément, et à peu d'intervalle, contracter la paralysie. Si, en pareille occurrence, il est naturel de songer *a priori* à une cause commune, il est, en tout cas, impossible dans l'état de nos connaissances d'admettre une transmission directe de l'un à l'autre époux. Mais les conditions étiologiques qu'on a coutume de mettre en avant comme réellement importantes, telles que la prédisposition, les maladies débilitantes, les influences professionnelles, le traumatisme, pourraient-elles avoir sur deux époux des effets absolument identiques ?

C'est difficile à admettre. Dès lors, il est naturel de faire intervenir la syphilis. Nos observations I, II, III, IV, se rapportant à des paralysies conjugales, signalent toutes comme cause commune la syphilis de l'un transmise à l'autre. En outre, il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que le tabes, auquel on suppose également une origine syphilitique, sévit de la même façon dans le domaine conjugal, si bien que l'un des époux peut devenir paralytique et l'autre tabétique.

Du mode de propagation de la paralysie, on peut invoquer un argument plus probant encore en faveur du rapport qui unit la syphilis et la paralysie. Les données de l'expérience démontrent, en effet, que cette dernière atteint les hommes de 3 à 7 fois plus souvent que les femmes, les adultes plus fréquemment que les enfants et dans une égale proportion les petites filles et les petits garçons. D'autre part, d'après Alzheimer, dans la paralysie juvénile, on peut constater la syphilis héréditaire dans 91 pour 100 des cas.

Il y a plus, chez les hommes, certaines professions sont plus exposées, les officiers, les voyageurs, les fonctionnaires. les médecins, tandis que chez les religieux, les quakers, etc., la paralysie est tout à fait exceptionnelle. La population urbaine est plus touchée que les habitants des campagnes. Dans les classes élevées, les aliénés fournissent 9,5 pour 100 de paralytiques et les paysans 1 pour 100 seulement. Nous n'avons pu recueillir qu'une seule observation de paysan devenu paralytique (obs. XLIII): il avait contracté la syphilis pendant qu'il habitait la ville. La population de la Vendée ne donne, pour ainsi dire,

pas de paralytiques ; ceux qu'on y rencontre par hasard sont des étrangers, des anciens militaires, des coloniaux ou des filles de mauvaise vie. Les mêmes observations ont été faites à Fribourg.

L'invasion de la démence paralytique se fait dix à quinze ans en moyenne après l'infection. Or, Heiberg prétend avoir observé à Copenhague la coïncidence suivante : à un moment donné, les maladies syphilitiques sévirent avec une intensité inusitée et, après quinze ans, les décès par paralysie atteignirent leur maximum. On pourra contrôler dans dix à douze ans quelle est la valeur de cette assertion, s'il est vrai que depuis le début de la guerre mondiale la syphilis a augmenté de croissance. Rappelons dans le même ordre d'idées ce fait signalé par Arnaud à la Société Médico-Psychologique : un médecin avait annoncé que la paralysie générale ne tarderait pas à apparaître dans une île du Pacifique où elle n'avait jamais été observée et où la syphilis venait d'être importée. Quinze années plus tard, on signalait le premier cas de méningo-encéphalite.

Signalons pour mémoire la présence du signe d'Argyll-Robertson, à la fois fréquent chez les paralytiques et pathognomonique de la syphilis nerveuse, la lymphocytose existant aussi bien chez les paralytiques généraux que dans la syphilis cérébrale et la réaction de Wassermann identique dans les deux cas.

Quant aux tentatives infructueuses d'inoculation syphilitique à des paralytiques généraux (Krafft-Ebing), tout en reconnaissant qu'elles sont discutables puisqu'elles n'ont pu être contrôlées, elles militent

également en faveur de la doctrine syphilitique de la paralysie générale.

Si tous ces arguments laissent encore planer un doute sur l'origine syphilitique de la paralysie générale, il est une découverte récente dont la confirmation apportera la preuve entière, je veux parler de la découverte du tréponème au niveau de l'écorce cérébrale par Noguchi et Moore.

Jusqu'ici cette découverte, qui ouvre une voie nouvelle à l'étude des rapports de la syphilis et de la paralysie, a été confirmée par Foester et Thomaczewski, qui ont trouvé le spirochète pâle, vivant 14 fois sur 39 paralytiques généraux, par Motte, par Bériel et Durand, par Papastratigakis.

Pour importante que soit cette découverte, la démonstration d'altérations spécifiques sur les cerveaux paralytiques serait autrement concluante. Ce défaut de l'armure des partisans de la théorie syphilitique de la paralysie générale n'a pas échappé à ses adversaires, qui ont cru trouver dans l'anatomie pathologique un argument puissant en faveur de leur thèse.

Il faut pourtant bien avouer que l'histologie, qui, tout d'abord, avait laissé concevoir de grandes espérances, est loin de les avoir réalisées. Je n'irai pas jusqu'à prétendre, comme d'aucuns n'ont pas hésité à le proclamer, que son intervention en l'espèce a eu plutôt des résultats fâcheux. Pourtant, je ne puis m'empêcher de regretter qu'elle ait apporté de la confusion et de l'obscurité dans l'œuvre des vieux maîtres et mis en péril l'individualité de la paralysie générale.

Au nom de l'anatomie pathologique, M. Klippel n'a pas hésité à prononcer la déchéance de la paralysie générale en tant qu'entité morbide et à en faire un syndrome commun à des toxines diverses entraînant tantôt des lésions inflammatoires et tantôt des lésions dégénératives.

Je me garderai de discuter les faits anatomiques avancés par un anatomiste aussi compétent que M. Klippel, mais il me permettra de trouver son raisonnement un peu absolu et insuffisamment établi sur des données encore bien contestables. On n'a qu'à se remettre en mémoire des discussions sur le même sujet où des hommes de valeur égale disputaient sur la question de savoir si la paralysie générale était une affection parenchymateuse ou interstitielle. Quoi qu'il en soit, pour nous, la paralysie générale est une et, si elle varie dans ses formes cliniques, elle reste immuable dans ses grandes lignes.

Pour en revenir aux objections anatomo-pathologiques des adversaires de la thèse syphilitique, dont MM. Cornil, Lancereaux et Joffroy se sont montrés les plus ardents protagonistes, elles peuvent se résumer ainsi : il existe une différenciation absolue, un fossé profond entre les lésions de la méningo-encéphalite et les néoformations de la syphilis. Straub, pourtant, affirme que ses recherches poursuivies sur une série de paralytiques lui ont démontré la présence de lésions syphilitiques du cerveau, en même temps qu'une aortite proliférante. Raymond et Marchand, de leur côté, affirment avoir observé sur le même cerveau la coexistence des lésions de la syphilis cérébrale et celles

bien connues de la paralysie générale. On peut trouver dans la littérature médicale des faits du même ordre. Pour n'en citer qu'un, MM. Lannois et Jambon, à l'autopsie d'un paralytique général mort d'accident dû à une ponction lombaire, trouvèrent des manifestations syphilitiques, des plaques gélatiniformes d'endartérite spécifique, alors que, pendant la vie du sujet, il avait été impossible de mettre en évidence une syphilis aiguë antérieure.

De pareils faits n'ont jamais été observés par M. Cornil, qui est porté à penser que, s'ils existent, ils sont tout à fait exceptionnels. C'est aussi l'avis de Joffroy : il tient pour rare, bien qu'il l'ait observée, la rencontre sur le même cerveau des lésions de la syphilis avec celles de la méningo-encéphalite. Dans cette association, il ne voit rien d'autre qu'une coïncidence : « Le paralytique général, a-t-il dit, n'a-t-il pas le droit de faire de la syphilis cérébrale, quand il est syphilitique ? » Avec un grand nombre d'auteurs, sans en tirer, toutefois, les mêmes conclusions contre la théorie syphilitique de la paralysie, nous partageons cette manière de voir qu'il est relativement rare de voir le processus paralytique se combiner avec des manifestations certaines de la syphilis. Fournier et Christian prirent prétexte de cette contradiction pour créer une forme particulière de la démence paralytique avec lésions spécifiques sous le nom de pseudo-paralysie générale syphilitique. Ces auteurs prétendaient la distinguer à des symptômes en foyer bien accusés. Cette conception nouvelle n'entraîna pas une conviction unanime, bien qu'il soit hors de doute qu'une syphilis

cérébrale peut ressembler de plus ou moins loin à la paralysie (Klein et Wickel). Ce qui porta surtout préjudice à cette doctrine, c'est l'affirmation formulée par Lissauer qu'il existe une paralysie avec manifestations en foyer. On a signalé, en effet, dans certaines formes de la démence paralytique la prédominance au début de symptômes moteurs en foyer, l'affaiblissement intellectuel survenant plus tardivement. En pareil cas, l'autopsie, au lieu de montrer, comme on s'y attendait, un processus gommeux circonscrit et des lésions artérielles spécifiques, n'a révélé qu'une distribution anormale de l'encéphalite diffuse vraie.

Du fait que le processus paralytique n'est pas constitué par les néoformations spécifiques de la syphilis, doit-on en tirer des conclusions contre la théorie syphilitique de la méningo-encéphalite? Non, certes, car il faudrait démontrer avant tout que la syphilis n'est capable de produire qu'une seule modalité anatomique et lui dénier tout pouvoir de donner naissance aux lésions diffuses de la maladie de Bayle. Lorsque l'étiologie et la clinique apprennent que la paralysie générale est de provenance, d'origine syphilitique, a-t-on le droit, a dit Fournier, de refuser à ses lésions la qualité syphilitique? Autant vaudrait dire que, parmi tous les poisons auxquels on prétend imputer le développement de la paralysie générale, seule la toxine sécrétée par le spirochète pâle, qui se retrouve le plus souvent chez les paralytiques, n'a aucun effet sur le cerveau.

Ainsi l'argument anatomo-pathologique sur lequel les adversaires de la thèse syphilitique avaient beaucoup

compté, loin d'infirmér cette doctrine, plaide plutôt en sa faveur depuis la découverte du tréponème dans l'écorce cérébrale des paralytiques généraux.

Celui qui est tiré des échecs thérapeutiques dans la paralysie générale semble plus difficile à réfuter. Si la paralysie est syphilitique, disent avec Joffroy les adversaires de l'influence syphilitique, pourquoi le mercure, si précieux contre les accidents ordinaires de la syphilis, est-il si absolument impuissant contre la paralysie générale? Et pourquoi la paralysie est-elle plus fréquente dans les milieux sociaux où la syphilis est le mieux soignée?

Le mercure, qui fait disparaître certains accidents de la syphilis, est absolument réfractaire contre d'autres manifestations de même nature, tels que le tabes, la leucoplasie, l'hystéro-syphilis. Cette anomalie n'est pas spéciale au mercure; il est d'autres agents thérapeutiques, comme le salicylate de soude, qui se montrent curatifs pour certaines manifestations d'une maladie et impuissants pour d'autres de même nature. Au surplus, pourquoi faire de l'action hydrargyrique le critérium de la nature de la paralysie générale, quand on sait qu'il ne guérit pas la syphilis elle-même, puisqu'après de longs assoupissements, alors que malades et médecins croient à la guérison définitive, la maladie peut avoir des réveils brusques et inattendus? La thérapeutique de l'avenir nous apportera peut-être la solution, car il n'est pas défendu d'espérer qu'un même sérum viendra un jour juguler à la fois la méningo-encéphalite et les lésions les plus banales de la syphilis. Pour le moment, le traitement

mercuriel n'est pas curatif de la paralysie générale, et, malgré les affirmations du professeur Fournier, il ne nous semble pas davantage prophylactique. Cela est vrai, tout au moins pour les malades que nous avons observés (obs. XXXVII à XLIII); tous ont été soignés longtemps et méthodiquement par des spécialistes expérimentés et deux d'entre eux par le professeur Fournier lui-même, sans échapper à l'échéance paralytique. Enfin, si la paralysie est plus fréquente dans les milieux sociaux où la syphilis est mieux soignée, c'est, d'une part, que la syphilis y est plus fréquente et que, d'autre part, le milieu plus cérébralisé se prête mieux au développement de la méningo-encéphalite.

Quant à l'argument de prédilection de Joffroy, celui de la rareté de la paralysie générale dans les pays à syphilis fréquente, il ne semble pas trancher davantage la question en faveur des adversaires du rôle étiologique de la syphilis. Cette constatation, en effet, ne prouve qu'une chose, c'est que, si la syphilis semble être la cause nécessaire, peut-être indispensable de la paralysie, elle n'en est pas la cause suffisante. Nous avons vu précédemment que, pour faire de la paralysie générale, il faut non seulement une contamination antérieure, mais une cérébralisation de l'individu, un terrain approprié. La rareté de la méningo-encéphalite chez certains peuples syphilitisés s'explique donc par le fait qu'ils n'ont pas acquis le degré de *cerebrum invalidum* créé par les excès de travail, les veilles prolongées, par la suractivité intellectuelle, par les abus de tous genres; en un mot, par

toutes les causes diverses qui favorisent l'action de la syphilis dans la production de la maladie de Bayle. C'est ainsi que la paralysie et le tabes, inconnus au Japon alors que la syphilis n'y était pas traitée, ont augmenté rapidement dans ce pays depuis qu'ils ont adopté la manière de vivre de l'Occident (Scheurb). Il en est de même chez les nègres, chez les Arabes; la paralysie s'accroît chez eux au fur et à mesure que la civilisation pénètre chez eux et augmente leur cérébralité.

En tout cas, si la paralysie peut se rencontrer rarement dans les pays à syphilis fréquente; par contre, on n'a jamais signalé la fréquence de la méningo-encéphalite dans les pays non syphilités. Pareille constatation n'a jamais été faite pour les autres facteurs incriminés; nous avons signalé précédemment qu'à Porto, où l'alcoolisme est exceptionnel et la syphilis fréquente, la paralysie générale est très commune. En Normandie, au contraire, où l'alcoolisme fait des ravages, partant où les dégénérés abondent, la paralysie est presque inconnue.

De tous les arguments invoqués contre l'origine syphilitique de la paralysie générale, un seul est à retenir comme ayant une réelle valeur, c'est l'apparition d'un accident primitif chez un paralytique général en évolution. M. Chaumier, au Congrès de Madrid, en a signalé un cas dû à l'obligeance de M. le professeur Gailleton; on en connaît une quinzaine d'autres rapportés par Garbini, Galiana, Morietti et Kiernan. En admettant en bloc leur authenticité, et rien ne nous autorise à la discuter, ces faits prouvent

tout au plus que la paralysie générale peut se développer exceptionnellement en dehors de la syphilis, à moins qu'il ne s'agisse d'une réinfection.

Quoi qu'il en soit, ces documents sont encore trop peu nombreux pour entraîner la conviction et ne sauraient ébranler la doctrine du rôle étiologique de la syphilis dans la paralysie générale. Comme l'a dit Régis dans son traité, « tout dans l'histoire étiologique de la paralysie générale, comme dans son histoire symptomatique et anatomo-pathologique, ainsi que l'a rappelé Marchand en 1905, plaide en faveur du rôle prépondérant de la syphilis ». Et quand Joffroy résume sa doctrine par cette formule : « La syphilis est un bon engrais pour la paralysie générale, mais ce n'est pas le seul, et la paralysie générale peut parfaitement se développer sans cet engrais », il commet une erreur évidente. La syphilis est la graine qui fait pousser la paralysie générale sur un terrain approprié, la cérébralisation, et s'il faut une fumure pour favoriser son éclosion, elle lui est fournie avec prodigalité par toutes les intoxications et toutes les infections secondaires.

II

Ainsi que nous venons de le voir, la paralysie générale se présente dans des conditions d'étiologie et d'observations cliniques, qui sont de nature à faire croire qu'elle est de provenance syphilitique. Aucune des autres causes incriminées pour expliquer son appa-

rition ne résiste plus victorieusement que la syphilis à la critique scientifique. Malgré tout, l'accord sur la nature de cette affection est loin d'être résolu et tout le progrès relatif à sa conception pathogénique tend seulement à établir qu'elle est toxique aussi bien dans ses origines que dans ses manifestations et ses lésions fondamentales. C'est là un point de doctrine sur lequel on ne discute plus, mais on en restera là tant que le poison mis en cause ne sera pas isolé et suivi dans son action destructive. Ce résultat n'est pas encore complètement acquis, mais les découvertes biologiques récentes laissent entrevoir un commencement de vérité et permettent d'espérer qu'elle apparaîtra tout entière dans un avenir prochain. Quoi qu'il en soit, on peut accepter d'ores et déjà comme un réel progrès de nos connaissances sur les rapports de la syphilis et de la méningo-encéphalite diffuse d'avoir appris à ne plus envisager cette dernière dans son individualité clinique, mais à considérer toutes ses formes évolutives comme les conséquences d'un processus postsyphilitique imputable à un agent toxique encore indéterminé.

Quel serait donc le poison capable d'engendrer la maladie de Bayle? Les interprétations, pour variables qu'elles soient, qu'elles viennent des partisans ou des adversaires de la thèse spécifique, gravitent toutes autour de la syphilis, ce qui semblerait faire croire *a priori* que là est la solution du problème.

Pour les uns, ce poison serait de nature syphilitique ou, ce qui revient au même, parasymphilitique, car ce n'est là qu'un moyen d'expliquer l'action inconnue d'un même agent pathogène, la syphilis,

Parmi les protagonistes de cette manière de voir, nous trouvons des noms retentissants : Fournier, Strümpell, Westphall, Mabiüs, Raymond, Krafft-Ebing. Pour les autres, plus nombreux encore et de valeur égale, Angioletta, Kovalewsky, Krepelin, Klippel, Régis, Sérieux, Dupré, Crocq, Lépine, l'infection syphilitique est bien, d'une façon plus ou moins constante, à la base de la paralysie générale, mais ce n'est pas l'unique facteur ; ou bien elle agit indirectement, ou bien d'une façon banale, à la façon des autres intoxications endo-ou exogènes, sous l'influence toute-puissante de la prédisposition (Joffroy, Mignot, Léri). C'est la théorie à laquelle se rattachent au fond, malgré les variantes d'interprétation, tous les partisans de la paralysie para-infectieuse et paratoxique.

La conception de Krepelin, qui a rallié plusieurs auteurs, est particulièrement séduisante. Pour lui, la cause pathogène primordiale, qui est le plus souvent la syphilis, détermine un trouble général grave de la nutrition atteignant l'organisme tout entier et donnant naissance à un poison, qui est l'agent efficace de la paralysie générale. La théorie de Ford Robertson, Joffroy, Shennan ne s'éloigne de celle de Krepelin qu'en ce qu'ils font intervenir un micro-organisme, forme atténuée du bacille de Klebs-Löffler, qui engendrerait une toxémie toutes les fois que l'immunité disparaît, sous l'influence de la syphilis ou de tout autre facteur pathogène.

W. Alter estime que la paralysie générale est due à l'épuisement, à l'action régressive de la cellule nerveuse, sous l'influence d'une toxine, qui s'unit inti-

mement à elle. Il explique les rémissions par l'action contraire d'une antitoxine, qui peut soulager la cellule, mais sans juguler le poison destructeur.

L'opinion enseignée par le professeur Jean Lépine jusqu'en ces dernières années se rapproche sensiblement de celle d'Alter. « La paralysie générale, disait-il en 1911, n'est pas de la syphilis. Ce n'est pas de la syphilis, plus quelque chose ; c'est le résultat d'un ensemble toujours complexe de facteurs, dont la syphilis est primordiale, dont les autres sont contingents et d'inégale valeur. Mais les plus graves sont ceux qui, sans syphilis, eussent été les plus pernicioeux pour le cerveau, et surtout pour la nutrition du cerveau. La paralysie générale n'est pas une maladie infectieuse, ou du moins ne l'est qu'indirectement, c'est une maladie de la nutrition cellulaire à prédominance cérébrale. C'est une neurolyse. Or les facteurs de cette neurolyse préparée par la syphilis, c'est le manque de sommeil, c'est la fatigue professionnelle, ce sont les ébranlements traumatiques et les atteintes polytoxiques. » Tous les auteurs s'accordent aujourd'hui pour reconnaître l'influence de ces facteurs, de ces complices de la syphilis, selon l'expression du professeur Grasset.

Toutes ces théories, si brillantes qu'elles soient, ne sont toutefois que de pures hypothèses basées, il est vrai, sur des faits d'observations incontestables ; la plupart n'expliquent pas d'une façon satisfaisante la présence presque constante du facteur syphilitique. Mais voici qu'en 1913 Noguchi et Moore découvrent au niveau de l'écorce cérébrale des paralytiques géné-

raux le tréponème de la syphilis. Depuis le spirochète pâle a été trouvé dans le cerveau des paralytiques vivants ou morts en ictus; il a été constaté dans leur sang. Bien plus, des expériences d'inoculation, soit avec la substance nerveuse, soit avec le sang, ont donné des résultats positifs et produit des lésions syphilitiques banales. Dès lors, la nature et la pathogénie de la paralysie générale, éclairées par des faits nouveaux, sont remises en question et s'orientent dans une voie s'éloignant des anciennes théories plus ou moins hypothétiques.

De cette longue critique des arguments avancés pour démontrer l'influence de la syphilis dans l'éclosion de la paralysie générale, nous sommes en droit de conclure que si la maladie est d'origine spécifique, que si le micro-organisme, le spirochète, agent producteur de la syphilis, se retrouve dans le cerveau des sujets qui en sont atteints ou qui ont succombé à son accident terminal le plus commun, l'ictus apoplectiforme, il y a bien des chances pour qu'elle soit de nature syphilitique.

Comment agirait donc la syphilis, dont l'influence pathogénique, pour le moins relative, n'est guère discutable? A la façon de tous les agents infectieux, qui, par les toxines qu'ils sécrètent, peuvent exercer leur action d'une manière spécifique ou d'une manière banale et produire, soit des lésions spécifiques caractéristiques et nettement reconnaissables, comme la gomme, et qui subissent comme elle l'influence des agents thérapeutiques, soit des lésions banales, des inflammations diffuses et chroniques, rebelles à tout

traitement, ne différant pas morphologiquement de celles produites par les autres poisons (Joffroy et Mignot). Ces lésions banales agiraient, non plus spécifiquement, mais irritativement par le trouble apporté dans le fonctionnement des échanges nutritifs et consécutivement par des altérations d'inflammations chroniques.

Ce sont des effets morbides semblables qui font naître les lésions de la paralysie générale. Mais rien ne s'oppose à ce que les fatigues, les veilles, les grands traumatismes, les états infectieux ou les intoxications n'apportent leur concours à l'œuvre néfaste du poison syphilitique ; rien ne s'oppose à ce qu'on admette l'influence d'une prédisposition congénitale, distincte de la dégénérescence vésanique, créée par une cérébralisation atavique, ou d'une prédisposition acquise par une suractivité intellectuelle intense ou toute autre cause épuisante.

Cette manière de voir n'est pas en opposition avec l'anatomie pathologique. Klippel, en effet, dont la compétence en la matière est incontestable, reconnaît trois groupes de paralysie générale. Le premier se caractérise par des lésions inflammatoires pouvant aller jusqu'à la diapédèse, résultant d'un processus infectieux, banal, sans critérium histologique spécial ; c'est la paralysie générale inflammatoire, qui comprend aussi bien des formes aiguës que des formes démentielles à marche lente. Le deuxième groupe est celui des paralysies associées dans lesquelles il comprend la paralysie générale des alcooliques, des syphilitiques, des tuberculeux, des arthritiques, des artério-

seléreux ; il retrouve ici la même encéphalite inflammatoire en évolution sur des lésions préalables. Quant au troisième groupe, celui des paralysies générales dégénératives, il comprend les formes décrites sous le nom de pseudo-paralysies générales ; ici Klippel ne trouve que des lésions dégénératives à l'exclusion de toute inflammation, marquée par la diapédèse.

Cette classification anatomique de la paralysie générale nous paraît d'autant plus logique et acceptable qu'elle correspond à des formes cliniques connues. Par contre, nous ne croyons pas devoir suivre M. Klippel dans les déductions qu'il en tire, qui ne tendent rien moins qu'à bouleverser les idées jusqu'alors admises et à renverser la doctrine unitaire de la maladie de Bayle. A notre avis, ces données anatomiques appellent une autre interprétation. En effet, si l'on tient pour certain que la syphilis est le facteur le plus important, la condition pour ainsi dire indispensable de la paralysie générale, si on reconnaît que sa toxine peut produire des lésions inflammatoires diffuses, même sans caractère spécifique bien net (et rien n'est moins prouvé que cette spécificité n'apparaîtra pas un jour), pourquoi ne pas convenir que c'est là la lésion syphilitique de la paralysie générale ? Ne se retrouve-t-elle pas d'une façon constante dans les deux groupes de paralysie générale vraie ? Pourquoi enfin, tandis que cette inflammation constitue toute la lésion dans le premier groupe, M. Klippel en fait-il un processus secondaire dans le deuxième groupe ? Au surplus, que les lésions inflammatoires s'associent à d'autres lésions préalables, cela ne prou-

verait qu'une chose, c'est qu'avec ces lésions préalables on n'a pas obtenu la paralysie générale et que, pour produire celle-ci, il a fallu cette prétendue inflammation banale, qui elle seule était en cause dans le premier groupe.

Cliniquement, on observe de pareilles associations dans la paralysie générale. Nous avons signalé dans nos observations que l'imprégnation éthylique, en particulier, pouvait agir isolément et se manifester avec ses caractères propres dans la paralysie générale, au point de créer parfois au début de véritables difficultés de diagnostic. Nous avons rapporté des cas successifs de *delirium tremens* chez un même individu, plus ou moins longtemps avant l'apparition d'une paralysie générale, qui ne s'était développé qu'à la faveur d'une infection syphilitique intercurrente. Pourquoi, en pareil cas, ne trouverait-on pas en même temps la lésion alcoolique et celle de la syphilis coexistant côte à côte? Enfin, la clinique nous apporte dans le facteur individuel une autre explication de ces associations morbides. La paralysie générale est constituée psychiquement par la démence progressive; les autres symptômes délirants sont épiphénomènes individuels.

Ainsi une paralysie générale, greffée sur un sujet dégénéré, se manifeste par un délire rappelant la vésanie; un alcoolique se montrera impulsif et halluciné de la vue, un homme intelligent se fera remarquer par un délire plus riche, un imbécile sera plutôt déprimé et hypocondriaque.

Quant au troisième groupe de Klippel, il comprend

l'ensemble des pseudo-paralysies générales, dont je me garderais bien de nier l'existence, mais la pseudo-paralysie générale n'est pas la paralysie générale.

En résumé, l'idée que nous nous faisons de la paralysie générale s'éloigne par plusieurs côtés de la conception de Klippel, qui voit dans cette affection « un syndrome clinique commun à des toxines diverses entraînant des lésions, tantôt inflammatoires, tantôt dégénératives, mais toujours caractérisées par leur diffusion, par leur tendance progressive et par leur action sous un certain mode en deçà et au delà duquel les mêmes toxines produisent d'autres symptômes ». Pour nous, la paralysie générale est une entité morbide bien définie, qui s'établit le plus souvent à l'âge moyen de la vie, qui prend naissance sur un terrain préparé par une cérébralisation intense, sous l'influence de facteurs d'inégale valeur, dont l'un, la syphilis, est primordial et semble de plus en plus être une condition indispensable. Elle est caractérisée au point de vue symptomatique par la démence et des troubles psychiques divers, au point de vue de son évolution, par une marche progressive plus ou moins rapide vers la déchéance globale et l'issue fatale, anatomiquement par des lésions de méningo-encéphalite diffuse. Elle se différencie du syndrome paralytique plus ou moins fugace, se rencontrant dans les formes décrites sous le nom de pseudo-paralysie générale et résultant de simples réactions cellulaires et non de la destruction profonde de l'élément noble. Dans l'état actuel de la science, on peut dire que la méningo-encéphalite n'est pas une vésanie, ni une

complication vésanique ; c'est une maladie toxique principalement d'origine et, selon toute vraisemblance, de nature syphilitique, intéressant l'organisme entier avec action élective sur l'encéphale.

Quoi qu'on en ait dit, on n'a pas encore trouvé le moyen de juguler la paralysie générale. La seule conséquence pratique à tirer, c'est que, pour triompher de la paralysie, il faut vaincre la syphilis. Qu'on arrive à ce résultat et on pourra dire à juste titre que la civilisation n'a pas pour résultat une augmentation, mais une diminution de la paralysie. Ainsi l'esprit humain, tout en continuant ses efforts pour faire prospérer son patrimoine, aura trouvé le moyen de parer au danger qui lui vient de ses progrès et de conserver son génie sans flétrissure.

CONCLUSIONS

Avant de formuler les conclusions qui se dégagent de ce travail, nous tenons à faire remarquer qu'elles s'appliquent uniquement aux résultats de notre statistique, de nos observations cliniques, et à la discussion critique d'autres faits puisés dans la littérature médicale. Il serait téméraire et prématuré d'ériger en doctrine formelle des données, qui méritent peut-être d'être prises en considération, mais qui ne sont pas encore assises assez solidement pour permettre d'élucider définitivement un problème aussi complexe.

I. — Sur 484 malades observés pendant une période de six années, dans un même établissement, où la clientèle se recrute dans la classe aisée, nous avons trouvé 88 cas de paralysie générale, soit 18,18 pour 100.

En recherchant avec soin la syphilis dans les antécédents de ces malades, elle a été relevée d'une façon certaine ou probable : 70 fois chez les hommes, soit dans la proportion de 92,09 pour 100, et 10 fois seulement chez les femmes avec une proportion de 83,32 pour 100.

Chez les autres malades non paralytiques, la syphilis n'apparaît dans l'anamnèse que dans la proportion de

5,9 pour 100 chez les hommes et de 1,3 pour 100 chez les femmes.

II. — Parmi les autres facteurs étiologiques, qui ont paru susceptibles d'être incriminés dans le développement de la paralysie générale, il n'en est aucun qui puisse entrer en ligne de compte au même titre que la syphilis et prétendre, comme elle, à un rôle efficient. La statistique, la clinique, les découvertes et les expériences biologiques plaident en faveur de cette manière de voir.

III. — Pour créer la paralysie générale, deux conditions sont indispensables : une syphilis antérieure, qui représente la graine, un terrain particulier permettant son développement et constitué par une cérébralisation originelle et acquise au prix d'excès de tous genres, de veilles prolongées, d'une suractivité intense, d'infection, d'intoxication ou d'auto-intoxication.

La paralysie générale serait donc une affection d'origine syphilitique évoluant sur un terrain approprié.

IV. — Par voie de conséquence, la syphilis à elle seule ne suffit pas à créer la paralysie générale ; mais, en dehors d'elle, il ne saurait exister de paralysie générale vraie, mais seulement des syndromes la rappelant de plus ou moins loin, des pseudo-paralysies générales.

V. — Si on fait de la présence de néoformations spécifiques communes au niveau des circonvolutions

cérébrales la condition *sine qua non* de la nature syphilitique de la paralysie générale, il est évident que cette affection n'est pas d'essence syphilitique. Pourtant, si, comme on l'admet généralement, la paralysie est une affection toxique, si elle est d'origine syphilitique, il y a bien des chances pour qu'elle le soit aussi de nature. Ici l'intoxication est imputable à l'action des toxines sécrétées par le spirochète sur le périencéphale et produirait une inflammation diffuse allant jusqu'à la diapédèse et chez laquelle on n'a décelé jusqu'à ce jour aucun caractère de spécificité.

VI. — De ces faits découle une conclusion générale :

La méningo-encéphalite est une entité morbide qui s'établit le plus souvent à l'âge moyen de la vie et prend naissance sur un terrain préparé par une cérébralisation intense, sous l'influence de facteurs d'inégale importance, dont l'un, la syphilis, est primordial et semble de plus en plus, au fur et à mesure que le domaine de nos connaissances s'élargit, en être la condition indispensable. Elle n'est pas une vésanie, ni une complication de vésanie, mais une affection toxique, d'origine et, selon toute vraisemblance, de nature syphilitique.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
J. LÉPINE

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 1^{er} mai 1917

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	9
CHAPITRE PREMIER. — Historique de la question ; état actuel de nos connaissances.	13
CHAPITRE II. — Statistique et observations.	36
CHAPITRE III. — Causes de la paralysie générale	95
Causes prédisposantes.	95
Age, 95 ; sexe, 97 ; pays, races, conditions sociales, professions, 98.	
Causes efficientes	100
Syphilis, 100 ; alcoolisme, 102 ; hérédité, 104 ; traumatisme, 106 ; intoxication, 107 ; causes morales, surmenage, civilisation, 110.	
CHAPITRE IV. — Discussion des faits relatifs à la nature de la paralysie générale. — Pathogénie.	113
CONCLUSIONS	141

